ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

6e série. — Tome IX. — 1928



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROCQ (Paris). — CIVATTE (Paris).
J. DARIER (Paris). — W. DUBREUILH (Bordeaux). — FAVRE (Lyon).
HUDELO (Paris). — E. JEANSELME (Paris). — LORTAT-JACOB (Paris).
NANTA (Alger). — J. NICOLAS (Lyon). — PAUTRIER (Strasbourg).
PETGES (Bordeaux). — R. SABOURAUD (Paris). — A. SÉZARY (Paris).
P. RAVAUT (Paris). — SPILLMANN (Nancy).
et SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF

TOME IX. — 1928



PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, (6e)

A NOS ABONNÉS ET A NOS LECTEURS

En ma qualité de doyen de la Société des Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, *je suis chargé d'annoncer aux abonnés et lecteurs de notre publication le changement de directeur de la rédaction, qui prend date avec le présent numéro.*

M. P. Ravaut qui depuis 1910, — succédant à P. Merklen, H. Feulard et G. Thibierge, — avait assumé la charge de rédacteur en chef de nos Annales, *a demandé à être relevé de ces absorbantes fonctions et à passer la main à un plus jeune collègue. Quiconque veut bien considérer ce que représente de labeur, d'assiduité et de dévouement la composition de douze numéros par an d'une publication de ce genre, ne peut qu'être sincèrement reconnaissant à celui qui pendant dix-sept années a si bien rempli ce long devoir. Aussi la Direction des* Annales *tient-elle à lui exprimer publiquement ses sentiments de gratitude, auxquels elle ne doute pas que nos abonnés et lecteurs ne s'associent pleinement.*

Ravaut laisse notre journal en pleine activité et en pleine prospérité. Est-ce à dire qu'il est parfait tel qu'il est, et ne saurait être amélioré ? Nul d'entre nous n'aurait l'outrecuidance de l'affirmer. Nous pensons au contraire que plusieurs réformes utiles pourraient être introduites, notamment en ce qui concerne les analyses et notices bibliographiques qu'il y aurait intérêt à faire paraître plus rapidement, etc. Nos Annales *visent en effet, non seulement à être un recueil d'articles originaux et de réelle valeur scientifique, mais aussi à enregistrer les progrès accomplis en tous pays ; elles ont l'ambition de fournir à leurs lecteurs, à la fois un tableau fidèle de la dermato-syphiligraphie française, et une source de documentation générale aussi riche, précise et actuelle que possible.*

A notre ami M. Clément Simon qui a accepté la lourde tâche de diriger et d'améliorer les Annales, *nous offrons nos souhaits de bienvenue les plus cordiaux et l'expression de notre plus complète confiance. Celle-ci repose sur ce que nous savons de ses talents, de son activité, de son expérience et sur l'assurance qu'il nous donne de son entière bonne volonté. Il peut compter sur l'appui et la collaboration de son prédécesseur, de notre Comité de publication et de tous les participants de notre Association.*

Nos félicitations, nos encouragements et au besoin notre aide ne lui faisant pas défaut, on peut nourrir l'espoir que sous la direction de M. Cl. Simon, nos Annales *continueront leur carrière ascendante pour le plus grand progrès de la dermato-syphiligraphie française et universelle.*

J. Darier.

*
* *

Une réforme dans la publication des fiches bibliographiques et des analyses a paru urgente à la Direction des Annales. *La méthode suivie jusqu'ici consistait à grouper analyses et fiches par « matières ». Elle avait certes des avantages appréciés par les chercheurs en quête de documents sur un sujet donné. Mais elle avait un défaut important : l'obligation d'attendre parfois très longtemps pour grouper un nombre suffisant d'analyses ou de fiches. On aperçoit facilement les inconvénients qui en résultaient et dont le moindre était de priver nos lecteurs de la documentation la plus récente.*

Dans le désir de donner satisfaction à la fois à ceux qui apprécient le groupement par matières et à ceux qui veulent être renseignés sans retard, nous nous sommes arrêtés à la formule suivante.

Dans chaque numéro des Annales, *on trouvera :*

1° Les sommaires des principales Revues de notre spécialité.

2° Les fiches bibliographiques des articles ou communications parus dans les périodiques non spécialisés mais pouvant intéresser le dermatologiste ou le syphiligraphe. Ces fiches seront groupées par journal ou revue.

3° Un autre groupement de ces mêmes fiches et des indications des sommaires, cette fois par matières.

4° Des analyses des principaux travaux parus sur la dermatologie et la syphiligraphie. Ces analyses seront groupées par journal ou revue.

Nous nous sommes assuré la collaboration de plusieurs bibliographes polyglottes qui mettront tous leurs soins à s'acquitter de leur tâche aussi rapidement et régulièrement que possible. On peut espérer que toute publication intéressante sera signalée ou analysée dans un délai de trois à quatre mois après sa réception aux Annales; *c'est à dessein que nous écrivons* réception *et non publication, attendu que certains périodiques, ceux qui viennent de pays lointains notamment, nous arrivent souvent avec un certain retard.*

Nous demandons à nos lecteurs de ne pas juger de la réalisation de nos projets par le présent numéro. Un travail de réorganisation n'est pas toujours facile; si, à l'usage, nous nous apercevons que telle ou telle modification à notre plan de travail soit désirable, nous nous réservons de l'introduire. Qu'on veuille bien nous faire crédit et nous espérons arriver peu à peu à réaliser la réforme que nous venons d'exposer et qui est de nature, croyons-nous, à rendre d'assez grands services à tous ceux qui s'intéressent à la dermatologie et à la syphiligraphie.

CLÉMENT SIMON.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ALTERNANCES MORBIDES EN DERMATOLOGIE

Par L. BROCQ

De tout temps les médecins de famille ont observé dans leur clientèle des cas de disparition rapide de certaines manifestations morbides qui étaient immédiatement remplacées par d'autres accidents plus ou moins graves.

Précisons par des exemples ce dont nous voulons parler.

Chez un enfant atteint d'eczéma suintant, on voit la dermatose pâlir, sécher, tendre à s'effacer au fur et à mesure qu'une bronchite avec congestion pulmonaire se développe chez lui.

Voici un sujet atteint de névralgies : les douleurs cessent plus ou moins brusquement, et il survient chez lui un prurit intense qui s'accompagne rapidement de lichénification.

Mais en outre les médecins de famille qui suivent pendant longtemps leurs clients voient chez certains d'entre eux des manifestations morbides intermittentes de diverses natures, telles que des crises dyspeptiques, des douleurs dites rhumatismales, des migraines à répétition, etc..., alterner de temps en temps entre elles, ou même être remplacées pendant certaines phases de leur vie par des accidents cutanés.

Dans cette deuxième série de faits les alternances morbides sont moins nettes que dans la première : elles n'en sont pas moins incontestables.

Malgré d'assez nombreux travaux qui ont été publiés sur ces faits, ces notions sont loin d'avoir à l'heure actuelle en clinique générale et dermatologique toute l'importance qu'elles nous paraissent mériter.

Cela tient à divers motifs.

Avant tout à ce que pour être remarquées, ces alternances morbides réclament une longue observation des malades. Il faut connaître à fond toute leur histoire pathologique, en noter soi-

gneusement les diverses phases. Aussi, comme nous venons de le dire, sont-elles surtout connues des médecins de famille, précieuse et admirable catégorie de praticiens qui a malheureusement de plus en plus de tendance à se raréfier sous l'influence de l'orientation actuelle de plus en plus absolue du médecin vers la spécialisation à outrance et très limitée.

En outre c'est sur ces faits que nos prédécesseurs ont basé la théorie des métastases, théorie honnie entre toutes depuis plus d'un siècle par les Ecoles anatomo-pathologiques, histologiques et Pasteuriennes.

Il a fallu un réel courage pour oser en parler pendant ces cent dernières années.

Ce fut un grand médecin de Lyon, à peu près complètement oublié à l'heure actuelle, Baumès, qui, le premier parmi les modernes, analysa ces faits il y a 86 ans. Il en donna une admirable description dans sa nouvelle Dermatologie ou Précis historique et pratique sur les maladies de la peau (Lyon, 1842, p. 4).

En 1889, M. le Professeur E. Gaucher communiqua au Congrès dermatologique de Paris un travail sur les métastases de l'eczéma, plus particulièrement chez les enfants. En 1892, au Congrès dermatologique de Vienne, il fit une communication sur les métastases du psoriasis. En 1895, il traita complètement ce sujet dans ses leçons sur les maladies de la peau (t. I, p. 223).

En 1905, M. le Professeur Bayet fit paraître dans les *Annales du service de Dermatologie, de Syphiligraphie et d'Urologie,* de Bruxelles (n° 2, p. 51) un intéressant article sur l'asthme nerveux et les maladies de la peau.

En juin 1908, le Docteur Léonce Hudelot fit sa thèse inaugurale sur les Accidents généraux qui peuvent survenir dans le cours de l'Eczéma, en particulier chez le nourrisson.

C'est en 1889, alors que nous faisions encore beaucoup de médecine générale, que notre attention a été attirée pour la première fois sur un fait de cet ordre. Nous en avions auparavant méconnu d'autres dans notre clientèle. Mais celui dont nous parlons fut d'une netteté tellement impressionnante qu'il nous ouvrit complètement les yeux, et qu'il établit d'emblée notre pleine conviction en la réalité et l'importance de ces alternances morbides.

Nous en avons publié l'observation en 1889. Nous en avons parlé depuis lors plusieurs fois dans nos travaux. En voici un court résumé pour ceux de nos lecteurs qui ne le connaissent pas.

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, très intelligent, très cultivé, extrêmement impressionnable, ayant de la tendance à la mélancolie, d'origine goutteuse. Malgré la différence d'âge, nous étions d'intimes amis. Au commencement de mai 1889 il vint nous consulter pour un prurit intense de l'anus, du périnée, des parties génitales et du haut des cuisses avec épaississement de la peau, suintement eczématique et excoriations. Ces accidents cutanés dataient de 6 ans ; ils avaient complètement remplacé des névralgies frontales et occipitales et des accès d'asthme dont il souffrait depuis l'âge de 18 ans. Nous ne lui fîmes qu'un traitement local par des lotions fort chaudes et des pommades à l'oxyde de zinc. L'effet en fut néanmoins rapide, car vers la fin de mai la dermatose avait disparu.

Vers cette époque il se rendit à Capvern pour soigner certains troubles vésicaux. Dès son arrivée dans cette localité, il fut pris de douleurs névralgiques occipitales atroces. Son état s'aggrava de telle manière qu'on nous le renvoya d'urgence à Paris vers le 20 juin.

Nous le trouvâmes dans un état alarmant. Il pouvait à peine se tenir debout ; il avait de la tendance au recul, de l'émission involontaire des urines, de la perte des réflexes rotuliens, de la diplopie, des absences de mémoire, des troubles accentués des idées. Au bout de quelques jours il fut obligé de rester couché ; il était constamment plongé dans une sorte de subdelirium : il reconnaissait même difficilement ses amis.

Nous appelâmes en consultation M. le Docteur Rigal, médecin de l'Hôpital Beaujon, qui était très lié avec lui : après l'avoir soigneusement examiné, il diagnostiqua une tumeur de la base du cerveau, peut-être du cervelet : le malade n'ayant jamais eu la syphilis, il le considéra comme perdu.

Nous demandâmes alors à M. le Docteur Gilbert Ballet, le si distingué neuropathologiste, de venir le voir. Lors de sa première visite il diagnostiqua lui aussi une tumeur de la base du cerveau, et il estima qu'il n'y avait rien à faire.

Cependant, à force de songer au malheureux sort de notre ami, nous finîmes par nous dire que tout cela était bien extra-

ordinaire, que c'était survenu à la suite de la suppression des accidents cutanés, qu'il y avait peut-être quelque chose à tenter. L'état s'était encore aggravé ; le malade perdait urines et matières fécales ; il pouvait à peine avaler un peu de liquide, et il était constamment dans une sorte de coma. Nous fîmes revênir le Docteur Ballet, et, après en avoir conféré avec lui, nous décidâmes de mettre à la nuque un vésicatoire que nous pansâmes avec de la pommade au garou.

Dès que le vésicatoire fut arrivé à suppurer, nous constatâmes à notre grande joie une légère amélioration qui alla en s'accentuant tant que dura la suppuration. Puis l'état resta stationnaire. Nous appliquâmes alors un deuxième vésicatoire que nous pansâmes avec de la pommade à la cautharide. Nous provoquâmes ainsi une violente dermite, et dès lors le malade reprit connaissance, put retenir ses urines et ses matières fécales, et recommença à s'alimenter.

Le vésicatoire cessant de couler, nous fîmes à la nuque des pointes de feu qui ne produisirent que peu d'effet. Nous nous décidâmes alors à poser un cautère à la nuque et à irriter la région périnéale. Lorsque le cautère fut arrivé à la suppuration, et lorsque l'eczéma périnéal fut revenu, nous assistâmes à une véritable résurrection. Le malade recouvra sa lucidité d'esprit ; il put se lever, marcher, s'alimenter, et vers la fin de septembre 1889 il avait repris son état normal à la profonde stupéfaction des médecins qui l'avaient examiné ; mais il ne se souvenait absolument de rien de ce qui s'était passé depuis la fin de juin jusqu'à la fin de septembre. Depuis lors il entretint, en activité son eczéma périnéal, et il ne mourût que fort longtemps après emporté par une double congestion pulmonaire.

Il est inutile d'insister sur l'impression que peut faire un pareil cas sur un praticien. Depuis lors, nous avons eu constamment notre attention éveillée sur l'évolution morbide de nos malades, et nous avons découvert dans notre clientèle de nombreux exemples, certes souvent très atténués, mais évidents, de ces alternances morbides.

Instruit par l'observation princeps que nous venons de résumer, nous n'avons pas hésité à nous servir du cautère en ville quand la clinique nous semblait en démontrer l'utilité, et nous avons pu par ce procédé si décrié à l'heure actuelle faire disparaître des accidents ultra-rebelles aux autres médications, chez

des intoxiqués et autointoxiqués présentant des manifestations morbides congestives. Nous en avons publié des exemples.

Ne rencontrant sur ces questions des alternances morbides et du cautère permanent que scepticisme chez nos maîtres et chez nos contemporains, entendant des dermatologistes nous affirmer qu'ils n'avaient jamais observé de faits semblables, nous nous sommes décidés en 1908 à recueillir ces cas dans notre clientèle : en moins d'un an nous avons pu en réunir une vingtaine, et nous les avons fait connaître dans notre travail d'avril-mai 1909 sur les Fluxions et les alternances morbides (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*).

Voulant aujourd'hui démontrer encore une fois la fréquence relative de ces faits, nous avons relevé dans nos notes de 1926 ceux que nous avons pu observer dans le cours de cette année, dernière année de notre Pratique médicale ; et, bien que notre cabinet, fort restreint depuis la guerre, ne soit guère resté ouvert en 1926 que pendant six mois à peine à cause de notre mauvais état de santé, nous en avons recueilli quatorze nouveaux cas dans ce court espace de temps.

En voici le résumé :

Obs. I. — *Prurit avec lichénification du scrotum et du périnée alternant avec des douleurs dites rhumatismales.*

H., 37 ans ; ses parents ont eu des affections cutanées diagnostiquées eczéma ; hygiène mauvaise ; vie sédentaire ; abus de café et de tabac.

Obs. II. — *Prurit circonscrit avec lichénification de la paume des mains alternant avec des douleurs dites rhumatismales.*

F., 46 ans ; issue de parents rhumatisants ; très nerveuse ; existence sédentaire.

Obs. III. — *Prurit circonscrit avec lichénification à la partie inférieure de la jambe droite, alternant avec des douleurs dites rhumatismales et des poussées d'herpès récidivant à la lèvre inférieure.*

H., 40 ans, type ce que l'on a appelé le neuro-arthritique, variqueux, très impressionnable ; mauvaise hygiène alimentaire ; vie sédentaire.

Obs. IV. — *Prurit avec lichénification de la face alternant avec des crises de migraine et des douleurs dites rhumatismales.*

F., environ 40 ans, très impressionnable ; a souffert pendant longtemps de migraines et de douleurs ; des expositions à des vapeurs

d'iode ont sensibilisé son visage ; dès lors il s'y produit à chaque instant des poussées congestives intenses fortement érythémateuses avec prurit insupportable, grattages et lichénification consécutive : depuis lors disparition complète des migraines et des douleurs.

Obs. V. — *Prurit avec lichénification et parakératoses psoriasiformes alternant avec des névralgies.*

F., environ 35 ans ; disparition des accidents cutanés sous l'influence d'un traitement local : depuis lors souffre atrocement de névralgies faciales et de douleurs aux membres supérieurs ayant le caractère de névralgies ; extrêmement impressionnable ; hérédité goutteuse.

Obs. VI. — *Alternances entre du prurit circonscrit avec lichénification et des accidents cardiaques.*

F., 62 ans, souffrant d'accidents cardiaques depuis 4 ans : depuis quelque temps urticaire rebelle presque généralisée avec crises de prurit : aux aisselles et au pubis existent deux maximas d'éruption où se sont développées peu à peu des plaques de lichénification : Souffle au premier temps avec maximum à la pointe : mais tous les malaises cardiaques ont disparu depuis l'apparition des accidents cutanés.

Obs. VII. — *Poussées de prurigo alternant avec des crises de dyspnée asthmatique et de bronchite (cas classique).*

H., 7 ans ; atteint depuis l'âge de 8 mois de crises de prurit intense, avec poussées de papules urticariennes, de plaques d'eczématisation et de lichénification, à la face, aux mains, aux coudes, aux creux poplités : de temps en temps le prurit disparaît, les lésions cutanées rétrocèdent, mais alors le malade est atteint d'accès d'oppression et de bronchite intense. Influence considérable du climat sur les manifestations morbides cutanées et viscérales.

Obs. VIII. — *Névralgies et troubles gastro-intestinaux remplacés par des poussées congestives érythémateuses et eczémateuses sur parakératoses psoriasiformes.*

F., 32 ans, issue de rhumatisants, extrêmement nerveuse : depuis longtemps névralgies incessantes, troubles gastro-intestinaux ; opération d'appendicite il y a 5 ans : à la suite de cette opération amélioration pendant quelques mois, puis reprise graduelle de tous les accidents : depuis 4 à 5 mois éruption de parakératoses psoriasiformes aux lèvres et sur les régions voisines : d'abord sèches ; elles deviennent par périodes très rouges, congestives, et même parfois suintantes, sous la moindre cause occasionnelle : dentifrices irritants, écarts de régime, promenades en voiture découverte, émotions, etc.) : depuis lors les névralgies et les troubles gastro-intestinaux ont complètement disparu.

Obs. IX. — *Migraines et névralgies remplacées par des poussées congestives intenses érythémateuses et œdémateuses de la face, du cou et de la région présternale.*

F., 48 ans; en pleine ménopause; sujette depuis son adolescence à des migraines et à des névralgies incessantes. Depuis environ un an elle voit se produire à chaque instant chez elle des poussées congestives assez pénibles comme sensations, mais surtout exaspérantes au point de vue esthétique, parce qu'elles siègent au front, au nez, aux joues, au menton, au cou et au niveau du triangle du décolletage permanent : elles sont caractérisées par une rougeur intense et une tuméfaction assez considérable des régions atteintes : la malade est alors défigurée : elles se produisent sous les moindres influences telles que contact de l'air, voyages en voiture découverte et en chemin de fer, écarts de régime, troubles gastro-intestinaux, émotions, etc. Depuis leur apparition les migraines et les névralgies ont cessé.

Obs. X. — *Crises d'entérite alternant avec des éruptions érythémateuses et érythémato-vésiculeuses.*

F., 36 ans; extrêmement nerveuse; vie sédentaire dans une petite boutique de fleuriste sans un jour de repos depuis l'âge de 16 ans. Depuis de longues années elle souffrait de crises fréquentes et pénibles d'entérite. Elles ont disparu depuis environ 3 ans, c'est-à-dire depuis qu'elle a de temps en temps, mais surtout en hiver, des éruptions assez intenses, prurigineuses, érythémateuses, parfois même érythémato-vésiculeuses, aux paupières, au front, aux joues, au nez, aux lèvres, aux mains et aux avant-bras. Elle a cru tout d'abord qu'elles étaient uniquement dues au contact de narcisses, de primevères, de certains feuillages : elle a cessé de les manier : elles se produisent quand même quoi qu'elles soient moins intenses : elle a remarqué que le froid et le contact de l'eau non bouillie sensibilisent sa peau et facilitent les poussées. Quoi qu'il en soit de leur étiologie, depuis qu'elles se produisent, elle ne souffre plus de l'intestin.

Obs. XI. — *Amélioration considérable de l'état général, de troubles digestifs et circulatoires par l'autosérothérapie, mais depuis lors poussées congestives incessantes du côté des téguments.*

F., 45 ans, issue d'une famille goutteuse, fort impressionnable, un peu obèse, haute en couleur, se croyant anémique; sensations d'extrême faiblesse, incessants malaises, fortes migraines, troubles digestifs, alternatives de diarrhées et de constipation; tension au Laubry-Vaquez 10-6; taux de l'hémoglobine, 75; on lui fait de l'autosérothérapie : transformation complète en bien au bout de quelques injections : hémoglobine et tension normales; plus de troubles digestifs, ni de malaises, ni de faiblesses : mais les migraines persistent. En outre des accidents cutanés surviennent : la malade avait depuis fort longtemps au moment de ses règles qui étaient toujours peu abondantes un petit bouton acnéique au front un peu à gauche de la ligne

médiane : depuis l'autosérothérapie il existe à ce niveau une large plaque érythémateuse, télangiectasique, un peu œdémateuse, sur laquelle se font d'incessantes poussées de papulo-pustulettes miliaires sous l'influence d'écarts de régime, d'émotions, etc. Au moment des règles et des migraines cette plaque se tuméfie encore davantage et les papulo-pustulettes surviennent encore plus nombreuses : il s'en produit alors aussi sur tout le reste du visage : les mêmes symptômes congestifs.et érythémateux envahissent depuis le même laps de temps le triangle du décolletage permanent. La malade ne suit aucun régime : elle se nourrit surtout de viande, commet des excès de café et de thé pour combattre son anémie et ne fait aucun exercice.

(N. B.). Cette observation nous paraît être du plus haut intérêt. Nous ne pouvons pas la commenter dans cette note : nous nous contenterons de dire que pour nous elle est un type d'accidents provenant d'intoxications et d'autointoxications ayant porté sur le grand sympathique, sur les glandes vasculaires sanguines, puis dérivés en partie du côté des téguments.

Obs. XII. — *Accidents viscéraux alternant avec des accidents cutanés.*

F., 57 ans ; père goutteux ; prise en 1919 au moment de la ménopause d'un prurit intense au milieu du dos ; disparition complète du prurit en 1925 en même temps que survint une appendicite gangréneuse ; drainage pendant 15 ou 20 jours. Trois mois après la guérison, apparition d'une urticaire généralisée qui a résisté à tous les traitements, mais qui disparaît quand il survient de fortes diarrhées.

Obs. XIII. — *Asthme alternant avec des manifestations cutanées.*

H., 30 ans ; asthmatique depuis fort longtemps ; profession sédentaire. Depuis un an, il a des éruptions incessantes de furoncles à la nuque, et au moment où nous l'avons vu, il avait en outre en cette région, au cuir chevelu et au front, une éruption artificielle érythémateuse et desquamative consécutive à l'application d'une solution antiseptique dont il ignore la composition. Depuis qu'il a ces accidents cutanés l'asthme a disparu.

Obs. XIV. — *Alternances entre des crises de coryza spasmodique et des migraines ophtalmiques ; ces phénomènes morbides ont remplacé une éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.*

F., 52 ans ; fort nerveuse, issue d'une famille goutteuse, ne suivant que très imparfaitement le régime alimentaire qui lui conviendrait, très mondaine, soignée pendant de longues années pour de l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face. Vers l'âge de 49 ans, lors de la suppression des règles, l'éruption papulo-pustuleuse miliaire a disparu, mais depuis lors la malade a constamment des crises tantôt de migraine ophtalmique, tantôt de coryza spasmodique avec larmoiement et écoulement très abondant de sérosité par les fosses nasales.

Sur ces 14 cas, il y a 4 hommes et 10 femmes. Sur les 20 cas que nous avons publiés en 1909 il y avait 11 hommes et 9 femmes. Sur ces 34 cas on trouve donc 19 femmes et 15 hommes : mais notre impression est que ces accidents doivent être plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Sur les 14 cas nouveaux dont nous venons de donner le résumé les âges des hommes étaient de 7, 30, 37, 40 ans, ceux des femmes étaient de 32, 35, 36, 40, 45, 46, 48, 54, 57 et 62 ans. En somme il s'agit surtout d'adultes arrivés à l'âge moyen de la vie, entre 30 et 60 ans.

Les accidents cutanés qu'ils présentaient étaient les suivants : cinq fois du prurit circonscrit avec lichénification ; une fois du prurit avec lichénification sur parakératose psoriasiforme ; une fois des parakératoses psoriasiformes eczématisées et enflammées ; une fois du prurit et de l'urticaire ; une fois du prurigo ; une fois de la furonculose et des éruptions artificielles ; trois fois des poussées congestives avec érythèmes et œdèmes ; deux fois de l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.

Les accidents viscéraux qui ont alterné avec les précédents ont été les suivants : quatre fois des troubles digestifs variés, des crises diarrhéiques ou des crises dites entérites ; quatre fois des douleurs dites rhumatismales ; trois fois des névralgies ; trois fois des migraines ; deux fois de l'asthme ; une fois des troubles cardiaques ; une fois des coryzas rebelles.

Ce sont donc surtout des dermatoses prurigineuses ou congestives dont on observe l'alternance avec des manifestations viscérales. La poussée morbide se produit tantôt du côté des téguments, tantôt du côté d'un viscère quelconque.

Ce sont à peu près les mêmes accidents que nous avions déjà relevés dans les 20 cas de notre mémoire de 1909.

Voici en effet les dermatoses que nous y avions noté : deux fois le prurit pur ; deux fois le prurit avec urticaire ; neuf fois le prurit avec de l'eczéma vésiculeux ; une fois le prurit avec de l'eczéma papulo-vésiculeux ; une fois le prurit affectant les allures du prurigo diathésique à forme objective eczémato-lichénienne d'E. Besnier ; trois fois le prurit circonscrit avec lichénification ; trois fois le prurit avec parakératoses psoriasiformes ayant de la tendance à s'eczématiser ; deux fois des parakératoses psoriasiformes sèches ; une fois la dermatose médio-thoracique ; une fois

le psoriasis vrai ; une fois le lichen plan ; une fois l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face ; une fois la furonculose.

Quant aux troubles viscéraux ayant alterné avec ces manifestations cutanées, nous avions relevé chez ces vingt malades : deux fois des crises hémorroïdaires ; une fois des coliques hépatiques ; deux fois du rhumatisme sous la forme de douleurs rhumatismales articulaires ; trois fois des crises de goutte vraie siégeant au niveau des orteils ; douze fois de l'asthme vrai et des crises de rhino-bronchite spasmodique ; quatre fois des douleurs névralgiques diverses, des migraines et des céphalées ; trois fois des crises viscéralgiques ; deux fois des crises épileptiformes.

Qu'on ne s'étonne pas de voir que le total de ces manifestations viscérales s'élève à 28 pour ces 20 malades. Si nous avions fait entrer dans cette statistique la première série de faits de notre mémoire de 1909 (qui ne porte pas d'ailleurs de numéro d'ordre), nous aurions vu que le seul cas de Jean B. aurait singulièrement augmenté le nombre de ces manifestations, puisqu'à lui seul il a eu des viscéralgies, des névralgies, des migraines, des douleurs rhumatismales musculaires, de la maladie de Morton, de l'asthme, des crises de rhinobronchite spasmodique, etc., ce qui démontre péremptoirement que le même individu peut dans le cours de son existence ne pas avoir toujours la même manifestation morbide viscérale, de même qu'il peut fort bien ne pas avoir toujours la même dermatose : le même Jean B... a eu en effet tantôt de l'urticaire simple, tantôt de l'urticaire bulleuse, tantôt du prurit avec lichénification, tantôt du prurit pur, tantôt de la furonculose, etc...

Nous ne pouvons d'ailleurs que répéter ce que nous avons déjà dit dans notre travail de 1909 : « Nous sommes loin de prétendre « que ces alternances morbides soient la règle. Fort souvent les « faits cliniques ne se présentent pas avec cette franchise d'allu- « res. Un sujet prédisposé à des fluxions peut ne jamais offrir « d'alternances entre des troubles viscéraux et des lésions cuta- « nées. Les poussées congestives peuvent se produire pendant « toute son existence sur un seul et même organe ou sur un seul « et même système anatomique. D'autre part un sujet donné « peut avoir au même moment des poussées congestives à la fois « du côté de ses téguments et du côté de certains de ses viscè- « res... Les déterminations morbides dont nous parlons sem-

« blent se produire sur les organes qui sont au moment où elles « se déclanchent le point faible de l'organisme ; or ces *loci mino-* « *ris resistentiæ*, peuvent varier suivant les diverses phases de « la vie » (nous les avons étudiés au point de vue clinique dans un de nos travaux en 1915 et nous y renvoyons le lecteur). « Ils « peuvent à une période donnée de l'existence être uniques ou « multiples ».

On nous dira sans doute que les faits que nous venons de relater n'ont aucune importance, qu'il ne s'agit que de simples banalités, qu'il n'y a aucune raison valable d'établir un lien quelconque entre des accidents morbides de diverses natures qui se succèdent chez un malade.

Nous reconnaissons volontiers qu'on peut avoir et soutenir une opinion semblable quand on se trouve en présence de certains de nos cas dans lesquels les alternances entre les manifestations cutanées et les manifestations viscérales sont séparées par des intervalles de temps parfois assez longs. Mais il ne saurait en être de même quand on veut bien en étudier sérieusement certains autres, par exemple celui qui nous a ouvert les yeux et dont nous avons résumé l'histoire au début de cet article. Est-il possible de soutenir que chez ce malade il n'y a eu aucune relation entre la suppression de son eczéma prurigineux du podex et l'apparition de ses accidents cérébraux ? Accidents qui ont disparu lorsqu'on a fait de la dérivation énergique du côté des téguments et surtout dès que l'eczéma du podex a reparu ?

Est-il possible de soutenir que chez la jeune fille dont nous relatons l'histoire dans notre mémoire de 1909 (obs. XIX) il n'y a aucune relation à établir entre des crises épileptiformes datant de l'enfance et le prurit circonscrit avec lichénification qui les a remplacées ? Qu'on en juge !

A l'âge de 18 ans surviennent chez elle des accès de prurit à la face interne et supérieure des cuisses, et bientôt se développent en ces régions deux énormes plaques de lichénification : les crises épileptiformes disparaissent alors. A 20 ans, voulant se marier, elle nous demande de la guérir de ces accidents cutanés : la médication agit, les plaques disparaissent presque complètement : les crises épileptiformes se reproduisent.

Ce sont des faits analogues aux deux précédents, incontestables, au-dessus de toute discussion au point de vue clinique, qui ouvrent, comme nous l'avons dit, les yeux du praticien, et dès

lors, dûment averti de leur existence, il regarde autour de lui dans les familles qui lui ont confié leur santé, et il n'a pas de peine à y reconnaître des faits du même ordre chez des sujets dont les accidents morbides ont une moindre netteté. Or ceux-là, nous ne saurions trop le dire, sont légion.

Mais nous objectera-t-on encore, quelle importance attachez-vous à ces alternances ? Quelle explication en donnez-vous ? Quelles conséquences thérapeutiques en déduisez-vous ?

Nous ne nous aventurerons sur ce terrain qu'avec la plus extrême prudence, car nous n'aimons pas les théories. Il est trop aisé d'en édifier, et malheureusement, en médecine, elles sont presque toujours ou inexactes ou incomplètes, et par suite elles ne donnent aucune satisfaction à un esprit quelque peu critique et surtout positif. Nous touchons ici en effet aux problèmes les plus ardus et les plus compliqués de la vie et de la maladie.

Il nous paraît peu rationnel de croire qu'on peut les résoudre en se lançant dans des hypothèses sans bases bien établies, en mettant de nouvelles étiquettes sur les faits connus, et surtout en prenant un fait nouveau que l'on observe pour une explication d'un des mystères de la vie et de l'individualisme.

En 1909, avant l'éclosion des conceptions nouvelles qui ont révolutionné les sciences médicales depuis une quinzaine d'années, voici ce que nous écrivions au sujet des faits dont nous parlons.

« Pour faire comprendre le mode de production *possible* de « ces poussées fluxionnaires nous citerons les deux exemples sui- « vants :

« 1° Le premier et le plus simple est celui d'un sujet qui ingère « une substance que son organisme ne tolère pas ; il est immé- « diatement pris soit d'urticaire et d'érythèmes (poussées fluxion- « naires du côté de la peau), soit de troubles gastro-intestinaux, « diarrhées, vomissements, etc. (poussées fluxionnaires du côté « de la muqueuse gastro-intestinale). Ici, c'est la susceptibilité « individuelle, d'origine le plus souvent héréditaire et familiale, « plus rarement acquise, qui est mise en jeu. Cette susceptibilité « peut parfois s'épuiser par l'accoutumance (1) ; mais dans la « majorité des cas elle ne diminue pas par la répétition des « intoxications ; fort souvent elle s'exaspère au contraire à « mesure que ces intoxications se renouvellent (2).

(1) Rappelons que toute cette citation a été écrite en 1909.

(2) A cette époque (1908-1909) nous connaissions depuis longtemps (au

« 2° Le deuxième est celui du goutteux vrai qui, de temps en « temps, parfois à des intervalles réguliers, a sa crise de goutte « après une période plus ou moins longue d'accalmie. Quelle « que soit la cause efficiente de l'accès de goutte que l'on admette, « il semble que, chez ces malades, il s'accumule peu à peu dans « l'organisme un principe morbide quelconque, puis que l'explo- « sion se produise quand il en existe une certaine quantité : dès « lors survient la poussée fluxionnaire.

« *Dans une première série de nos faits*, il s'agit de personnes « d'une extrême impressionnabilité qui réagissent avec une inten- « sité maladive à toutes les causes occasionnelles déclanchant « une crise sous la forme de poussées congestives qui se portent « tantôt sur un seul organe, tantôt simultanément sur plusieurs « organes, tantôt successivement sur des organes différents... « Souvent ici les alternances morbides sont assez peu nettes...

« *Dans une deuxième série de faits*, il s'agit de personnes « qui souffrent de troubles morbides plus durables et ayant des « allures d'affections définies. Elles peuvent elles aussi réagir « vivement comme celles de la première catégorie sous l'influence « de certaines causes occasionnelles, mais en outre elles sont « atteintes, pendant des laps de temps plus ou moins longs, de « manifestations pathologiques plus ou moins tenaces portant « sur tel ou tel appareil, manifestations qui semblent tenir, « comme l'accès de goutte, à l'accumulation progressive dans « l'organisme d'une cause morbifique quelconque.

« Nous devons reconnaître d'ailleurs que ces deux séries de « faits que nous dissocions un peu théoriquement pour les bien « mettre en évidence et en faire comprendre la portée, s'obser- « vent le plus souvent simultanément chez les mêmes sujets ».

« Nous croyons donc, avec Baumès, que dans beaucoup de « cas, du moins dans notre pays, il faut tenir compte, pour la « juste appréciation des faits morbides d'un élément de premier « ordre, *la fluxion*. Cette fluxion, qui se traduit par des pous- « sées congestives, semble dépendre des intoxications et auto- « intoxications de l'organisme, du mauvais fonctionnement de « certains viscères, de l'état du système nerveux, etc... Quand le « sujet est en imminence de poussées congestives, les moindres

moins depuis 1894, antipyrine) les faits cliniques que l'on devait ranger dans l'anaphylaxie.

« causes occasionnelles en déterminent l'apparition au niveau « des *loci minoris resistentiæ* du moment. C'est ainsi qu'elles « peuvent fort bien se localiser sur une affection parasitaire ou « microbienne, sur un furoncle par exemple qu'elles rendent « beaucoup plus volumineux et douloureux, sur un traumatisme, « sur une dermatose torpide préexistante à laquelle elles don- « nent une poussée aiguë, sur une lésion viscérale quelcon- « que, etc... ».

Dans ces derniers temps on a étudié avec grand soin certains de ces faits ; on a publié à leur sujet de nombreux travaux très importants, très intéressants ; on a tenté d'en donner des explications scientifiques qui semblent pour le moment satisfaire la grande majorité des médecins (1).

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous ne nous aventurerons pas sur ce terrain. Nous n'envisagerons les faits dont nous venons de parler qu'au point de vue constatations cliniques et déductions pratiques.

L'observation XI dont nous donnons plus haut un court résumé nous conduit tout d'abord à nous demander si des craintes que nous avons conçues depuis assez longtemps au sujet de certaines des nouvelles méthodes thérapeutiques en honneur à l'heure actuelle ne sont pas fondées. En réfléchissant aux effets parfois extraordinaires des médications dites de choc, il nous a semblé possible que ces résultats rapides, en quelque sorte même foudroyants dans certains cas, pourraient bien n'être parfois que des phénomènes non de suppression totale des éléments morbifiques, mais de simples déplacements des manifestations morbides, et ces déplacements pourraient bien dès lors, dans quelques cas, être dangereux pour le malade.

Ne serait-il pas plus prudent chez des sujets ultra-sensibilisés, de haute impressionnabilité, de ne pas recourir d'emblée à des médications d'une très grande activité, de tâcher de modifier les patients, quand c'est possible, par l'hygiène rationnelle, par l'amélioration des diverses fonctions de l'organisme, sauf à avoir recours à ces moyens énergiques en cas d'insuccès, ou immédiatement, d'emblée, en présence d'un état réellement grave, et en les employant alors avec toute leur puissance, car, s'ils présen-

(1) Voir B. Dujardin et N. Decamps. Contribution à l'étude pathogénique des dermatoses. *Annales de Dermat. et de Syph.*, nov. 1926, p. 628 et surtout p. 640.

tent des dangers, il peuvent aussi déterminer des crises salutaires.

Ce qui nous paraît surtout résulter de l'examen approfondi des faits sur lesquels nous voudrions attirer l'attention des praticiens, c'est que, chez ces malades, on ne doit pas se contenter de soigner simplement la manifestation morbide du moment, qu'on ne doit pas s'occuper uniquement de l'organe actuellement lésé. Certes il faut le traiter, mais il faut en outre viser plus haut.

Il semble bien en effet qu'il existe dans ces organismes un élément morbifique général ; on doit s'efforcer de le découvrir et de l'atteindre. Traiter simplement les accidents locaux, c'est s'exposer à ne faire qu'un jeu de bascule, à dégager un organe pour en atteindre un autre.

Ce qui ressort en effet de nos observations, c'est qu'en rappelant à la peau les manifestations morbides nous pouvons dans certains cas dégager des viscères congestionnés ou douloureux.

C'est déjà un point d'une importance capitale dans certains cas, et nous devons, quand nous le jugeons indiqué, tâcher d'obtenir ce déplacement.

Comment y arriver ?

Quand il existait antérieurement une dermatose, on peut essayer, si elle n'est qu'atténuée, de la raviver par des applications irritantes, par exemple quand il s'agit d'eczémas en employant des pommades au garou ou à la cantharide.

Quand on ne peut arriver à la reproduire ou quand il faut agir avec rapidité, il faut recourir à la révulsion ; mais les divers révulsifs ne doivent pas être employés sans discernement.

Quand on a à combattre des poussées congestives intenses à brusque développement, il faut agir sur de vastes surfaces ; par exemple chez les enfants en bas âge en leur mettant des bottes d'ouate, sinapisées ou non, recouvertes de tissu imperméable ; chez les adultes, en appliquant de larges cataplasmes sinapisés de façon à produire de vastes érythèmes, en couvrant le malade de ventouses.

Quand il s'agit de processus morbides moins aigus, mais beaucoup plus tenaces, il faut recourir aux vésicatoires volants, aux pointes de feu, à des applications répétées de ventouses sèches posées de manière à produire des ecchymoses, ce qui est d'ailleurs, ainsi que nous l'avons démontré en 1913-1914, une façon détournée de faire de l'autohémothérapie, et même dans certains cas, aux abcès de fixation.

Quand il s'agit de processus encore plus chroniques et plus tenaces, on doit arriver à créer des suppurations permanentes, telles que des vésicatoires entretenus avec des pommades épispastiques, des cautères, des sétons qui sont les véritables agents de résurrection des goutteux atteints de troubles viscéraux graves. Il faut dans ces cas que la suppuration soit établie pour que l'amélioration se produise, et l'on doit entretenir cette suppuration de manière à exercer une action lente et puissante sur l'organisme.

Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce premier point ne constitue qu'une partie du traitement.

Il est, d'après nous, d'une toute autre importance d'instituer chez ces sujets une hygiène générale rationnelle, et, si l'indication se pose, une médication de désintoxication de l'organisme, et un traitement prolongé des organes atteints s'il y en a.

Nous n'avons pas dans cet article à entrer dans les détails de ce vaste programme, car ce serait la thérapeutique rationnelle toute entière qu'il nous faudrait exposer.

Contentons-nous donc de dire que le médecin doit, quand il est consulté par des malades de cette catégorie :

a) Leur imposer l'alimentation qui leur convient, et la régler dans ses moindres détails en tenant compte des besoins de leur organisme, de leur genre de vie, du milieu dans lequel ils sont obligés de séjourner, de l'état de leurs organes.

b) Supprimer autant que faire se peut tous les toxiques et toutes les toxines.

c) Pratiquer le lavage de l'organisme par les diurétiques et les laxatifs.

d) Tâcher de faire adopter le mode d'existence qui convient au tempérament du sujet.

e) Ne recourir aux médicaments qu'en cas d'indications précises et en en surveillant de fort près les effets, car lorsqu'il s'agit d'individus de la catégorie de ceux dont nous parlons, on ne sait jamais, quand on ne les a pas déjà longuement étudiés, comment ils supporteront un produit pharmaceutique ou même un produit alimentaire qu'ils n'ont pas encore expérimenté.

LE TISSU RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL A L'ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

A PROPOS D'UN CAS D'URTICAIRE PIGMENTAIRE

Par MM. HUDELO et CAILLIAU

(*1er mémoire*)

I. — Le tissu réticulo-endothélial a l'état normal

On étudie depuis quelques années sous le nom de tissu réticulo-endothélial un ensemble tissulaire, situé entre les épithélium et le tissu conjonctivo-vasculaire, constitué par un système de cellules anastomotiques et de cellules libres, mis en évidence au niveau de la plupart des parenchymes, y compris la peau, jouant un rôle considérable dans les échanges normaux et dans la défense de l'organisme et susceptible de réactions pathologiques diverses.

Historique

C'est en 1898 que Langerhans, utilisant la technique des imprégnations au chlorure d'or découvrit dans le tégument les cellules rameuses qui portent son nom, cellules auxquelles il attribua une origine nerveuse, et dont nous verrons ultérieurement la place dans l'ensemble tissulaire que nous étudions. Employant la méthode des colorations vitales, Ribbert en 1904, par les injections de carmin lithiné dans les veines, le péritoine ou le tégument du cobaye, du lapin, du rat, décrivit un *tissu systématisé* décelable au niveau du foie, des reins, de la rate, des ganglions, de la moelle osseuse, de la médullo-surrénale, et du tissu conjonctif, non seulement du derme cutané, mais aussi de nombreux viscères.

L'étude du système est reprise en 1918 par Borrel chez les invertébrés et vertébrés inférieurs ; l'auteur décrit un immense syncyium, intermédiaire aux vaisseaux et aux cellules épithéliales, qu'il désigne sous le nom de *plan pigmentaire*, parce que la mélanogénèse est l'une de ses fonctions qui permet de le mettre en évidence. Il serait le siège d'un transport matériel, et dans ses mailles seraient élaborées les substances les plus variées, qui y circulent de cellule à cellule.

Vers la même époque, Goldmann démontrait l'importance physiologique et pathologique du réseau, dont les cellules ramifiées abondent pendant la digestion, se raréfient pendant le jeûne, peuvent se déplacer pendant la grossesse, s'accroissent dans les glandes mammaires pendant la lactation. Elles se rencontrent dans le tissu de granulation et le stroma du cancer; l'auteur leur attribue un rôle important dans le métabolisme normal et pathologique, et dans les sécrétions internes.

Vers 1921, Lubarsch étudie le tissu chez l'homme, décrit les cellules réticulaires du thymus, du pancréas, les cellules périvasculaires du testicule et du rein, et les assimile aux cellules de Kupffer du foie.

Aschoff (1922) sous le nom de *système réticulo-endothélial* décrit le réseau des cellules anastomotiques chez les vertébrés, attribue aux cellules rameuses la faculté de se mobiliser et, suivant l'agent pathogène, de revêtir l'aspect des grands macrophages, des cellules épithélioïdes, des cellules géantes de Langhans, des cellules typhiques, etc. Ses élèves Kiyono, Nakanoin distinguent les macrophages histioïdes (système réticulo-endothélial) des macrophages d'origine sanguine.

Nous signalerons au cours de cet article les travaux récents de Masson, de Pautrier et Lévy qui ont apporté des éclaircissement importants sur la signification du système.

Nous esquisserons d'abord dans ce travail la morphologie du tissu réticulo-endothélial et chercherons à préciser sa nature. Nous l'étudierons ensuite dans les affections cutanées, dans quelques cas de pathologie générale, et, en particulier, dans les tuberculoses expérimentales. Pour ces recherches nous avons répété les expériences de Ribbert et employé la méthode des colorations vitales, le blocage au collargol, et réalisé la tuberculose du cobaye saturé de carmin et de bleus basiques.

Description générale. Morphologie

Nous avons choisi le derme pour cette description.

On distingue dans l'intervalle des épithélium, des vaisseaux et des glandes une charpente fibrillaire plus ou moins lâche formant un réseau délicat de fibrilles entrecroisées et anastomosées. Les mailles de ce réseau sont inégales, parfois incomplètes, de dimensions variables suivant les régions, mesurant, en moyenne, 20 à 30 μ de diamètre ; elles sont tendues comme un filet fixé sur des points d'attaches. Elles s'insèrent en effet sur les parois des capillaires et des vaisseaux sanguins et lymphatiques, sur la vitrée de l'épiderme et des appareils glandulaires, et s'anastomosent avec les prolongements étoilés des cellules adventicielles, et avec les prolongements rameux de quelques cellules fixes. Le calibre de ces fibrilles est variable : les unes sont assez épaisses, d'autres forment un chevelu très fin ; parfois elles sont légèrement moniliformes. Elles n'ont pas la réfringence des fibres élastiques, sont moins onduleuses. Le tissu qui les constitue ne se groupe jamais en grains, elles ne paraissent pas douées de la faculté de se recroqueviller après rupture.

Aux points nodaux de ce réseau sont des cellules offrant l'aspect des cellules fixes anastomotiques ; ces éléments cellulaires ne sont pas superposés aux filaments réticulaires, mais sont incorporés dans la trame édifiée par leurs propres prolongements.

Ils sont pourvus d'un noyau basophile arrondi ou ovale, parfois multiple ou bourgeonnant ; le corps cellulaire est anguleux et entoure le noyau d'une mince sertissure protoplasmique dessinant souvent des contours curvilignes à concavité externe.

Ces cellules réticulaires paraissent de nature conjonctive ; sans préjuger si *originairement* elles dérivent de l'ectoderme ou du mésoderme, on peut affirmer qu'elles sont différentes morphologiquement des cellules fixes ordinaires qui n'atteignent jamais à ce degré de différenciation fibrillaire. Elles semblent plutôt apparentées avec le tissu réticulé ordinaire qui cependant est moins riche en corps cellulaires.

Enfin, des cellules mobiles sont distribuées dans les mailles du réseau fibrillaire et répondent à plusieurs types. Les unes sont des éléments d'origine sanguine issus des vaisseaux par diapédèse. D'autres revêtent le type des cellules conjonctives migra-

trices, d'autres, rares, sont des plasmazellen ; d'autres, enfin sont des mononucléaires à protoplasme granuleux d'abondance variable, dont la signification sera ultérieurement précisée.

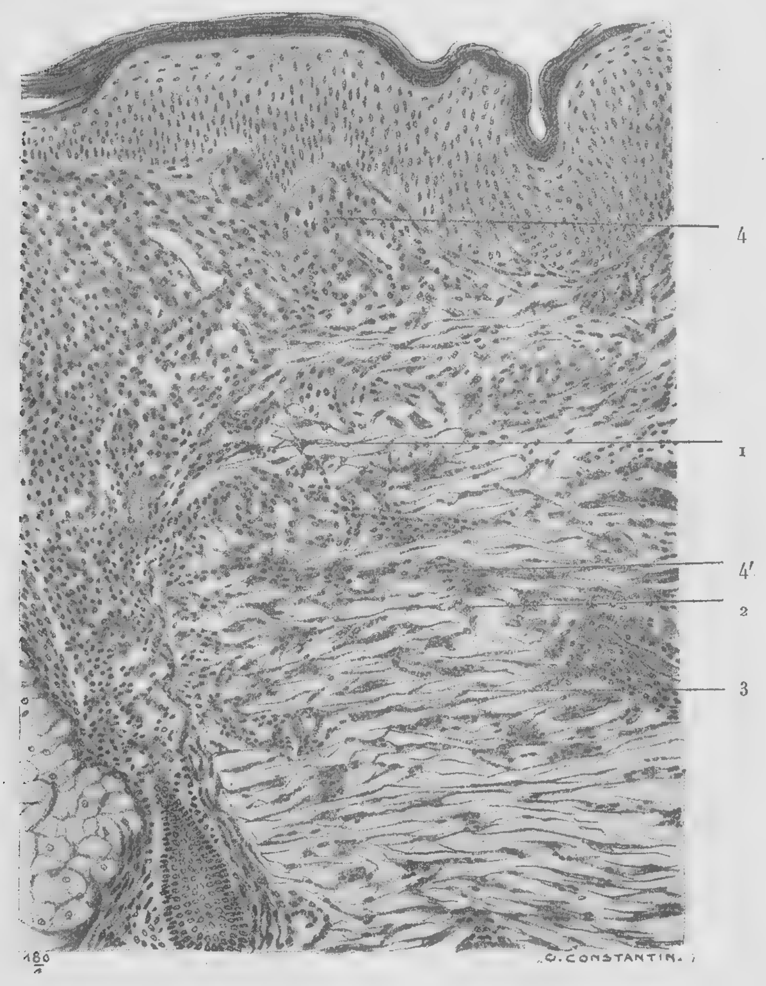


FIG. 1.

Tissu réticulo-endothélial de la peau du cobaye.

1. Cellule réticulaire.
2. Cellule en voie de mobilisation, détachée du réticulum.
3. Fibrille grillagée, sans collagène.
4. Fibres collagènes.

4'. Un lot de fibres collagènes entre lesquelles on distingue les noyaux de cellules fixes.

On peut sur cette figure apprécier la différence entre le tissu réticulo-endothélial (partie droite de la figure) et le tissu collagène, irrité, enflammé (partie gauche). On distingue autour d'un follicule pileux quelques fibres élastiques onduleuses facilement différenciables.

Nature du tissu réticulo-endothélial

1° *Fibrilles :*

Les fibrilles qui composent ce tissu présentent les plus grandes analogies avec le système réticulé du *ganglion lymphatique.*

Ces fibrilles possèdent la plupart des affinités colorantes du tissu conjonctif dit collagène (picro-fuschine, picro-bleu, bleu d'aniline Krall, etc.).

Cependant elles n'appartiennent pas au groupe des tissus dits collagènes, c'est-à-dire possédant une substance interstitielle renfermant un complexe protéique spécial, le collagène, qui donne à chaud par hydrolyse, la gélatine ou colle (Policard).

Il faut des techniques spéciales pour les mettre en évidence. Les techniques propres aux fibres collagènes ne les révèlent pas.

A l'inverse des fibrilles conjonctives, elles ne *gonflent pas* dans les solutions acides diluées (acide acétique).

Elles semblent apparentées, sinon identifiables, aux fibres en treillis de Oppel (fibres grillagées, Gittenfasern), réagissent comme elles au chlorure d'or et aux chromates d'argent.

Malgré les fixations parfois défectueuses, la méthode de Bielchowsky Maresch nous a paru les mettre en évidence. Elles sont teintées en jaune foncé par l'imprégnation argentique du procédé Masson, et le réseau trophomélanique ne semble en être qu'une différenciation particulière.

Comme le réticulum du ganglion lymphatique et du système adénoïde en général, elles sont colorées en noir par l'acide osmique après action de l'émétique et de l'acide acétique, partageant cette réaction avec le tissu élastique.

Le colorant de Jolly teinte en rouge les corps cellulaires de ces fibrilles, les dendrites fibrillaires non collagènes sont également rouges ; le collagène est bleu.

Ces fibrilles ne sont donc *pas collagènes*, mais analogues aux *fibrilles embryonnaires*, avant la sécrétion du collagène ; leur proche parenté avec les fibres grillagées, le réseau fibrillaire d'Oppel et les fibres réticulaires du système adénoïde semble donc très vraisemblable.

Le réseau fibrillaire que nous étudions diffère, de même,

des fibres élastiques ; ses fibrilles n'ont pas les réactions si spéciales de l'élastine, la coloration élective par l'orcéine acide, par la fuchsiline de Weigert, ni la résistance à la potasse à 40 o/o.

En somme comme, les fibrilles du réseau adénoïde du tissu ganglionnaire, elles offrent des caractères qui les différencient des fibres élastiques, et des fibres collagènes; elles semblent correspondre à des fibrilles conjonctives jeunes analogues à celles de l'embryon, mais qui ne seraient pas vouées comme ces dernières à une évolution collagène ultérieure.

2° *Cellules réticulaires :*

Aux points nodaux du réseau sont les cellules dites réticulaires dont la situation par rapport aux fibrilles doit être précisée. L'ensemble fibrillo-cellulaire rappelle le tissu épiploïque. Mais alors que celui-ci est pourvu de cellules endothéliales moulées sur les fibrilles, semées à leur surface et non incluses dans leur épaisseur, le trichrome de Jolly et l'imprégnation à l'argent montrent, au contraire, dans notre réseau, la continuité et non l'indépendance des fibrilles et des cellules : le noyau occupe l'axe de la fibre renflée autour de lui en corps cellulaire.

Les cellules de Langerhans rentrent dans la catégorie des cellules réticulaires, leur morphologie est identique, elles ne s'en distinguent que par leur infiltration de pigment mélaniques : elles sont d'ailleurs rares à l'état normal. Nous aurons à les envisager plus longuement dans notre second article.

3° *Cellules libres :*

Les cellules diapédétiques, les cellules fixes migratrices, les plasmazellen n'offrent aucun caractère spécial à signaler. Mais il y a lieu de préciser la signification des mononucléaires à protoplasme granuleux observés souvent dans les mailles du réseau.

Ces éléments en nombre très variable à l'état normal, peuvent être considérablement multipliés dans certains états pathologiques. Ils répondent aux monocytes granuleux que les travaux récents de l'école allemande ont mis en évidence en bouleversant les théories uniciste ou dualiste du système hématopoïétique. Nous les avons surtout observées dans des lésions dermiques (urticaire pigmentaire) et, à l'état normal, au niveau de divers tissus adénoïdes, en particulier au niveau de l'espace

péritrabéculaire du foie, et dans le placenta, comme nous le signalerons plus loin. MM. Merklen et Wolff dans un mémoire récent (*Presse médicale*, 2 février 1927) ont donné une bonne étude de ces éléments.

D'après eux, après les Allemands, il existe dans le sang et les tissus des mononucléaires à granulations azurophiles (monocytes) dérivés d'une souche spéciale de cellules blanches, les monoblastes. Cette notion nouvelle tend à substituer une conception trialiste aux conceptions anciennes uniciste et dualiste de l'origine des cellules sanguines. Les dualistes veulent rattacher ce troisième élément au myéloblaste (Nægeli) et la plupart des unicistes, repoussant le trialisme d'emblée (lymphoblaste, myéloblaste, monoblaste) conservent une conception uniciste à ramifications trialistes, le lymphoblaste demeurant toujours la seule cellule souche originelle.

L'origine de ce monocyte granuleux (identique aux cellules rhagiocrines, aux polyblastes) est rattachée au tissu réticulo-endothélial qui prend ainsi la signification d'un tissu hématopoïétique spécialisé (Rieux) autour des vaisseaux et dans le tissu conjonctif banal (Renaut, Dominici, Marchand, Herzog). Aschoff, reconnaissant, lui aussi, cette origine, identifie le monocyte aux histiocytes et le distingue, par son aptitude à la coloration vitale, des autres leucocytes granulocytes et agranulocytes. Ferrata rattache les trois cellules primordiales à une souche unique, l'hémohistioblaste et défend la théorie uniciste avec, pour aboutissant, le trialisme histologique du sang adulte. Mlle Sabin aurait constaté la libération du monocyte au niveau des parois vasculaires sur l'embryon de poulet et chez l'homme.

Rappelons à ce sujet que de nombreux histologistes avec Jolly, Maxsimow, distinguent toujours les mastzellen du sang d'aspect polynucléé, des mastzellen des tissus pourvus le plus souvent d'un noyau unique, lorsqu'ils sont jeunes et qui n'apparaît lobé que sur les vieux éléments.

En somme trois théories restent en présence pour l'histogénèse des éléments cellulaires du sang :

1° le trialisme d'emblée (lymphoblaste, myéloblaste, monoblaste) ;

2° le néo-dualisme de Naegeli (deux éléments souche, le lymphoblaste et le myéloblaste, celui-ci donnant le monocyte) ;

3° l'unicisme à ramifications trialistes (le lymphoblaste-souche

donnant les trois séries lymphocytaire, myélocytaire, monocytaire).

Ce monocyte répond aux plus grandes formes cellulaires de la série blanche ; son noyau est unique, volumineux, peu coloré, comportant un réseau chromatinien très fin : sa forme est arrondie ou ovalaire, mais il tend à s'incurver et à se lobuler dans les cellules vieilles, il est le plus souvent dépourvu de nucléoles distincts. Son protoplasme de teinte gris ciel d'orage, après le colorant de Giemsa, est moins basophile que celui du lymphocyte ; il est riche en granulations inégales, très sensible aux colorations vitales, amphophiles avec affinités azurophiles prédominantes. Cette cellule est souvent pourvue de bourgeons effilés, parfois de pseudopodes et de mouvements lents. Dans certaines lésions cutanées (urticaire pigmentaire) elle est particulièrement abondante.

VUE D'ENSEMBLE ET ANALOGIE DU SYSTÈME RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL AVEC LES AUTRES TISSUS RÉTICULÉS

1° *Ganglion lymphatique.*

Les caractères morphologiques et chimiques du tissu, ses aptitudes à l'élaboration de cellules sanguines rapprochent le tissu réticulo-endothélial de la trame réticulée du ganglion lymphatique avec laquelle, semble-t-il, il s'identifie.

Peut-être serait-il plus exact de l'envisager avec Rieux comme un tissu hématopoïétique spécialisé.

Il n'en est pas moins vrai que le système fibrillaire, les cellules anastomotiques, la libération des éléments monocytaires, l'aspect morphologique aussi bien que les réactions chimiques et les affinités colorantes, offrent des analogies saisissantes avec la structure du ganglion lymphatique.

2° *Rate.*

Le réseau fibrillaire du derme est également comparable au réticulum de la rate. Les cellules étoilées ont la même morphologie, les fibrilles offrent des caractères embryonnaires et des affinités colorantes identiques. Toutefois on n'observe pas au niveau du système conjonctivo-vasculaire de la peau, si perfectionné cependant, la complexité structurale caractérisant le tissu

réticulé de la rate on n'y rencontre ni le système des fibres circulaires de Henlé entourant les ramifications vasculaires, ni la différenciation des appareils endothéliaux sinusiens (fibres-cellules, plaques basales, stomates). Cependant si les stomates ne sont pas apparents dans le tissu vasculaire dermique, les substances sharlacophiles, le pigment mélanique ou ferrique, les granula basophiles de l'urticaire pigmentaire peuvent être surpris dans les interstices endothéliaux et adventiciels des vaisseaux, comme Pautrier et Lévy l'ont signalé et comme nous avons pu l'observer, témoignant d'une circulation interstitielle analogue à celle qui passe par les stomates de la rate.

3° *Epiploon.*

Le tissu épiploïque du rat nous a fourni un excellent sujet de comparaison. Dans l'épaisseur de la lame conjonctivo-élastique, intercalé entre les deux couches d'endothélium imprégnable à l'argent et dont nous avons précisé les connexions avec les fibrilles, nous avons observé des cellules conjonctives arborisées en syncytium des mastzellen, des clasmatocytes. Les mastzellen ou cellules d'Erlich sont particulièrement abondants et montrent comme ceux du derme, des affinités colorantes énergiques pour le rouge neutre et le bleu de méthylène en coloration vitale, gardant la teinte métachromatique après l'usage des bleus basiques. Ils sont volumineux, globuleux, irrégulièrement arrondis, avec bourgeons effilés ou massués.

Les clasmatocytes que Renaut désigne sous le nom de cellules rhagiocrines, sont identiques à ceux du tégument et les granulations dont ils sont pourvus indiquent une activité intense. Le réticulum qui résulte de leurs anastomoses est tout à fait comparable dans sa morphologie et ses affinités colorantes au réticulum dermique.

4° *Thymus, amygdales.*

Bien que l'origine du système réticulaire des organes *lympho-épithéliaux* (thymus, amygdales) ait suscité des conceptions spéciales, leur analogie avec le réseau dermique n'est pas moins évidente. Lubarsch, le premier attira l'attention sur les cellules réticulaires du thymus.

On sait que Retterer enseigne que le thymus, les amygdales, les follicules clos, les plaques de Peyer se développent aux dépens

d'une ébauche épithéliale dont les noyaux se multiplient sans plasmodiérèse consécutive, et l'auteur rapprochant ce fait de la génèse du tissu conjonctif primordial, admet que de ces plasmodes naîtrait le tissu conjonctif réticulé. Nous n'avons pas à envisager cette hypothèse qui compte de jour en jour plus de partisans, et que Retterer applique au développement de la papille du poil, mais ce réticulum, ébauche épithéliale modifiée, comme les corps de Hassal qui ont la même origine, ne diffère en rien du réseau dermique.

5° *Placenta.*

Il était intéressant d'étudier le système présidant aux échanges intertissulaires au niveau du *placenta.*

L'imprégnation à l'argent et les techniques appropriées au tissu réticulo-endothélial, nous ont montré un réseau anastomotique des plus riches, autour des cellules syncitiales, des cellules mobiles sont amassées dans ses mailles et des chaînes cellulaires très nombreuses sont remarquablement arborisées entre les circulations fœtale et maternelle. Certaines préparations nous ont montré des aspects comparables aux images que Goormaghtigh a reproduites dans l'œdème congénital du nouveau-né, et qui répondent pour cet auteur à des phénomènes d'érythropoïèse au sein des bourgeons des villosités placentaires; des cellules sanguines primitives, en amas de 3 à 4 éléments, ou isolées, se détachent des fibres réticulaires qui serpentent entre les cellules syncyniales et les cellules de Langhans.

6° *Foie.*

Nous avons relevé, de même, des analogies très grandes entre le système réticulaire du tégument et celui de la *glande hépatique.* Le réseau des gaines glissonniennes et périportale est en tous points superposable au réseau dermique. Le système Kupfférien est d'interprétation plus délicate. On sait que le système fibrillaire décrit par Oppel, a été nié par Renaut, Gilbert et Carnot, Nathan, qui rejettent l'existence d'un réseau périthélial et admettent le contact intime entre la trabécule hépatique et l'endothélium sinusoïdal (opinion d'ailleurs contestée).

Mais, que l'on admette ou non l'existence des fibres grillagées radiciées et enlaceantes d'Oppel, interposées entre la cellule de Kupffer et le parenchyme sécréteur, ou que l'on considère

l'espace péritrabéculaire comme occupé exclusivement par le système Kupfférien et ses prolongements anastomotiques, les imprégnations au chlorure d'or, qui les colorent en rouge violacé, montrent suffisamment les analogies du réseau trabéculaire avec le système réticulo-endothélial. Les foies cirrhotiques et les foies d'hérédo-syphilitiques sont particulièrement démonstratifs à ce sujet. La trame réticulée n'est pas large, l'espace péritrabéculaire restreint montre au chlorure d'or, aux chromates d'argent, des cellules occupant les points nodaux de cette trame, les cellules de Kupffer, cellules endothéliales offrant tous les caractères des cellules fixes anastomotiques décrites dans les autres systèmes réticulés.

On sait que Janosik en 1902 émit l'hypothèse que les cellules des trabécules hépatiques engendraient les cellules sanguines. Aron a repris récemment cette idée, et pour cet anatomiste, le globule rouge serait le produit d'une sécrétion holocrine due à la trabécule hépatique (*Archives de morphologie générale et expérimentale*, n° 10, 1922. *Strasbourg médical*, 1925, etc.).

Les travaux de Ménétrier, Peyron et Parat signalent, d'autre part, l'hématopoïèse dans les ébauches hépatiques d'un embryome de la région sacrococcygienne développé chez un fœtus (*Annales d'Anatomie*, *Strasbourg*, avril 1923). Ces faits précisés à nouveau par Peyrou dans plusieurs mémoires, rapprochés des faits d'érythropoïèse hépatique signalés dans l'œdème congénital du nouveau-né (Geormaghtigh) sont défavorables à la conception de l'origine trabéculaire directe des cellules sanguines défendue par Aron, mais attestent une hématopoïèse réalisée aux confins du tissu mésenchymateux et de la trabécule hépatique, c'est-à-dire dans cette zone où nos techniques ont révélé l'existence du tissu réticulo-endothélial.

7° *Névroglie.*

Le réticulum *névroglique* nous permet des rapprochements plus parfaits encore non seulement dans les affinités chromatiques des deux systèmes mais surtout dans la morphologie structurale.

On sait que contrairement à Weigert qui affirmait l'indépendance des fibrilles névrogliques et du protoplasme cellulaire, Held considère le système névroglique comme un vaste réseau syncytial, aux points nodaux duquel sont situés les noyaux,

tandis que les contours cellulaires ne seraient qu'apparences. Cette conception tend de plus en plus à être adoptée de nos jours.

D'autre part, Nageotte décrit dans le système nerveux périphérique le syncytium de Schwann dont l'homologie est complète avec le syncytium de Held. La gaine de Schwann d'origine gliale, ectodermique (glioblaste, glie périphérique) représente l'expansion du syncytium névroglique périphérique.

Les travaux récents de Masson, Oberling, tendent à prouver que la méninge interne (méninge molle) dérive du tube neural et représente, elle aussi, une formation gliale, au même titre que la gaine de Schwann; elle résulterait, suivant ces auteurs, de l'émigration des cellules neuro-ectodermiques (méningoblastes) dans l'enveloppe mésenchymateuse périneurale, dure-mérienne. Les méningoblastes dérivés du tube neural, de nature ectodermique gliale, constitueraient, eux aussi, un vaste syncytium méningoblastique qui continue les autres syncytiums envisagés ci-dessus ; tout cet ensemble correspondrait au plan spécial qui, dans l'organisme, l'interposerait, suivant la conception de Borrel, entre le tissu épithélial et le tissu conjonctif.

On saisit l'importance des conclusions qu'entraînent ces considérations comparatives. En résumé, le réseau des méningoblastes (qui sépare l'encéphale ectodermique du mésoderme méningé dure-mérien), le réseau des cellules de Schwann, interposé entre les neurites myélinisées ou amyéliniques et le mésoderme périphérique, le réseau des mélanoblastes de Langerhans, partie différenciée du système réticulo-endothélial dermique, séparant l'ectoderme cutané du mésoderme dermique, tous ces systèmes tissulaires, seraient répartis en vastes syncytium, en réseaux de cellules anastomotiques, qui répondent nettement au plan trophique de Borrel, et assument vraisemblablement d'importantes fonctions dans les échanges intertissulaires, et, sans doute aussi, dans l'élaboration d'éléments défensifs de l'organisme.

Nous voyons donc que, dans tous ces syncytium de parenchymes les plus divers, nous observons :

1° Des analogies structurales plus ou moins complètes suivant la différenciation plus ou moins parfaite du réseau (plasmode, syncytium, cellules libérées) ;

2° Des analogies dans les affinités chromatiques, surtout dans les réactions aux méthodes qui révèlent la substance nerveuse ;

3° Des analogies dans les réactions aux colorations vitales ;

4° Des analogies de fonction et de réaction aux processus pathologiques, réactions d'ordre inflammatoire ou dyscrasique (glioses, mélanodermie, xanthome, purpura, etc.), d'ordre néoplasique (gliomes, méningoblastomes, etc.) que nous envisagerons dans la deuxième partie de notre travail.

Nous pourrions ajouter à cette étude celle de nombreux autres systèmes réticulaires ; la liste est longue des tissus analogues décrits dans l'organisme ; tel le système de cellules péri-vasculaires du rein, des cellules fusiformes péri-vasculaires du testicule, des cellules réticulaires du pancréas, de la médullo-surrénale, etc.

Nous nous croyons autorisés à conclure qu'il existe dans le derme un vaste syncytium composé de cellules fixes anastomotiques, répondant pour la plupart aux clasmotocytes de Rauvier. Ce système met en liberté, par clasmatose, des cellules répondant au type mastzellen du tissu conjonctif ou cellules d'Erlich. Ces cellules réticulaires sont les homologues des cellules adventicielles de Marchand, des cellules rhagiocrines de Renaut (épiploon) des cellules réticulaires des ganglions lymphatiques et de la rate, des cellules de Kupffer du foie, des cellules du système névoglique. L'ensemble de ce tissu syncytial répond donc au grand système réticulo-endothélial d'Aschoff entrevu par Ribbert en 1904, par Borrel en 1914.

L'hyperfonctionnement de ce réseau paraît manifeste dans certains états physiologiques et attesté par l'abondance des granulations mises en évidence, tant dans les corps cellulaires et leurs prolongements que dans les cellules libérées. Quelle est la signification de ces granulations ? Tous les auteurs qui ont cherché à les interpréter s'accordent à y voir la preuve d'une suractivité cellulaire physiologique, bien que leur nature paraisse peut déterminée. Elles n'offrent la réaction ni des graisses, ni du fer, sont légèrement solubles dans les alcools forts ; leurs affinités colorantes, les rapprochent de la mucine ou de l'amyloïde. Elles ont été successivement assimilées aux grains de sécrétion et aux matériaux de réserve. L'hypothèse d'Erlich qui attribuait leur apparition à des troubles de nutrition du tissu conjonctif se concilie mal avec les expériences qui montrent leur abondance chez la grenouille tour à tour inanitiée et suralimentée.

Ranvier affirmait, en outre, l'immobilité de ces cellules chargées de granulations. Jolly attribue aux formes cellulaires libres des

mouvements lents, différents des mouvements amœboïdes des leucocytes. Il y aurait lieu, en tous cas, de distinguer ces dernières formes des leucocytes à granulations basophiles (mastzellen, leucocytes) qui sont de dimensions plus restreintes, possédant un noyau plus polymorphe, et des granulations plus fines ; elles diffèrent complètement des formes primordiales de la moelle osseuse, lymphoblaste et myéloblaste, et répondent vraisemblablement, comme nous l'avons vu, à l'une des trois cellules souches de la théorie trialiste.

Si, dans une vue synthétique nous groupons et envisageons les différents aspects que peut revêtir le tissu conjonctivo-vasculaire du tégument aux différentes périodes du développement, chez l'embryon, chez le fœtus, chez l'enfant, chez l'adulte, et dans les états pathologiques, nous constatons l'apparition et la disparition successives de différents systèmes réticulés.

A la *période embryonnaire*, on assiste à l'histogénèse du tissu conjonctif.

Des mitoses de cellules ectodermiques ou mésodermiques (suivant que l'on admet ou rejette la théorie métaplasique de Retterer) apparaissent au niveau de la ligne dermo-épidermique. Ces mitoses non suivies de cytodiérèse élaborent des formations plasmodiales qui se différencient en un *réseau* de cellules fixes anastomotiques, dont les mailles sont remplies d'hyaloplasme. Ultérieurement les fibres collagènes naîtront de l'hyaloplasme, le tissu élastique du protoplasme chromophile des cellules réticulées.

Ainsi apparaît la charpente de soutien de l'embryon, et le premier système réticulé va disparaître.

A la *période fœtale*, de nouveaux plasmodes sont élaborés par les cellules fixes ; le collagène, l'élastine disparaissant. L'activité fonctionnelle de ces plasmodes est identique à celle des centres germinatifs de Flemming du ganglion lymphatique. Leur différenciation provoque à la fois la mise en liberté de cellules lymphoïdes et sanguines, et l'élaboration d'un réseau de cellules anastomotiques. Ce deuxième réseau caractérise la période hématopoïétique du tégument de la vie fœtale, période qui se prolonge jusqu'à la naissance, mais peut reparaître après la naissance au cours des états pathologiques et même physiologiques (hématopoïèse réticulo-endothéliale).

Après la naissance, au cours de certains états pathologiques,

l'exaltation de la mélanogénèse, dépistée par les techniques d'imprégnation argentique, montre parfois l'apparition dans le derme d'un troisième système réticulé le système tropho-mélanique, dû à l'anastomose des cellules de Langerhans, des cellules conjonctives rameuses, des cellules adventicielles vasculaires.

Au cours de *certains états pathologiques*, où les échanges intertissulaires sont augmentés, où le métabolisme est exalté ou perturbé, où les phénomènes de défense, de sécrétion ou d'excrétion sont accrus, on peut voir apparaître un quatrième système réticulé, le système réticulo-endothélial, peu développé dans le derme normal, intensifié dans certaines dermatoses (xanthome, purpura, urticaire pigmentaire, etc.), dû à l'anastomose de certaines cellules rameuses du derme avec les cellules adventicielles périvasculaires, et susceptible de libérer dans ses mailles des éléments cellulaires doués de fonctions phagocytaires, hémopoïétiques, peut-être sécrétoires.

Peut-être pourrait-on concevoir l'interprétation suivante de ces quatre systèmes réticulés.

Il paraît vraisemblable qu'ils répondent à des potentialités différentes d'un même tissu, susceptible de modifications morphologiques et fonctionnelles multiples suivant les nécessités physiologiques ou pathologiques du moment;

soit pour l'édification d'une trame de soutien chez l'embryon,

soit pour l'élaboration des cellules sanguines à la période fœtale,

soit pour élaborer le pigment ou faciliter les échanges intertissulaires après la naissance.

Il y a lieu de remarquer que ce tissu chez le sujet développé (enfant, adulte) n'existe qu'à l'état rudimentaire, mais qu'il prend une amplification considérable aussitôt qu'entrent en jeu certains processus pathologiques (mélanodermie, xanthomes, urticaire pigmentaire, purpura, etc.).

SYPHILIS ET EXEMPTIONS D'IMPOTS

Par Jean AUDRY, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon.

La syphilis pénétra en France, à la fin du xve siècle, avec les armées qui revenaient d'Italie. Les historiens locaux (Rollet, Chabalier, Drivon), ont raconté son introduction dans notre ville et dans les contrées voisines. Elle était en 1496, à Romans, au Puy et à Lyon. Le 7 juillet 1496, le Consulat avait supplié le duc d'Orléans « de faire vuyder les malades veyrolliers de l'hospital « du pont du Rosne ». Le 12 août 1497, le Roi commande : « tous et chascuns malades entachés de la grosse veyrolle et « aultres maladies, demandant l'aumosne, que aujourd'huy par « tout le jour ils ayent à sortir de cette ville et ce sur peine « d'estre bannis et foytés ». Symphorien Champier déclare de son côté que Lyon fut la première ville de France où la nouvelle affection se manifesta. Or, cet écrivain qui écrivait en 1516, devait être bien renseigné.

En analysant les Archives, Rolle avait été frappé par la fréquence des dégrèvements d'impôts accordés à la fin du xve siècle et au commencement du xvie, en raison des maladies graves et prolongées dont souffraient les habitants. Il s'exprimait ainsi : « Et pourtant, à cette époque, aucune trace de peste ou d'endé- « mie quelconque n'existait dans la cité dont l'état sanitaire était « excellent. Il est donc permis d'attribuer à une cause, d'une « nature toute particulière, cette altération profonde de la santé « publique, brusquement survenue. Or cette cause ne peut être « autre que l'introduction du mal de Naples, dans la ville. Plu- « sieurs exemples viennent en effet à l'appui de cette proposi- « tion et démontrent que la population Lyonnaise commençait à « être infestée du mal horrible que la science d'alors était « impuissante à combattre et qui pour cette raison même, exer- « çait ses ravages en toute liberté. »

J'ai noté dans les relevés d'Archives de Rolle, les cas auxquels

il fait allusion. Je les reproduirai avec les dates correspondantes :

1498. La veuve de Pierre Couet, maçon qu'on a « cotisée » à 4 sous 4 deniers, est « modérée » pour cette fois, à 10 sous « à cause qu'une de ses filles a la grosse veyrolle et à cause de la povreté ».

1498. Pierre Marmé, menuisier, 12 sous « Quicté pour ceste fois, pour certaine maladie, par rapport d'Etienne Grolier ». Rolle verrait volontiers la syphilis dans cette affaire.

1500. Le Roi perçoit des taxes pour servir à « la conduite des guerres » et notamment à la « recouvrance » de son duché de Milan. Jean Mutin, sergent royal, 35 sous 4 deniers. En marge : « Pauper et veyrollé ».

1502-1503. Geoffroy Machefert : « MM. ont ordonné qu'on le tiendra en suspens « pour un temps, pour ce qu'il a la vérolle et lui faut paier l'impôt ».

1503. Bastien Escoffier, tissotier, 2 livres : « MM. l'ont quicté, pour ce qu'il est vieil, a la vérolle et n'a rien, pour 10 sous ».

1503. Antoine Chaneyn, 30 sous : « Pour ce qu'il a la grosse vérolle et aussi sa femme, quicté à toux pour ceste foys ».

1503. Pierre Guichard, dit Collon, tourneur, 32 sous « Quicté pour ceste foys, pour ce qu'il a la grosse vérole, pour 17 sous ».

1504-1508. Guinet-Delphinet, serrurier, 20 sous : « Admodéré, pour ceste fois, à cause qu'il ne fait rien, et a esté et est malade de la vérolle, à 18 sous ».

1504-1508. Pierre Chapelain, tisseur, 12 sous, 10 deniers : « Admodéré, pour ceste fois, attendu qu'il a la vérolle et doit plus qu'il n'a vaillant, à 7 sous ».

1507. Jean de Condrieu, barbier, 7 sous 6 deniers et 3 sous 3 deniers : « Quicté pour ceste foys, pour les deux deniers du pont, attendu qu'il a perdu la vue de la grosse vérolle ».

1513. Pierre Salomon, ceinturier, 34 sous, 8 deniers : « Amodéré, pour ceste foys, à cause qu'il est malade de la maladie de Naples, pour les 8 deniers à 3 livres ».

Une fois de plus, nous voyons que la maladie a eu, d'emblée, des allures redoutables (1), mais si les collecteurs d'impôts ont battu quelquefois, en retraite devant elles, ce n'est pas qu'ils

(1) Je rappelle ici l'existence d'un document appartenant aux Archives Municipales (BB358 et BB24), et déjà cité par G. Guigue, dans le *Livre des Confrères de la Trinité* (1898) : « Mardi, 16 avril 1504. A esté advisé « avec les corriers de la Confrérie de la Sainte Trinité, que *pour obvier à « la contagieusité de la grosse veyrolle* et aussi à cause de ce que en la « maison et grange d'icelle confrérie a encores quelque artilherie du roy « et pouldres, dont pourroit survenir inconvénient par feu ou autrement « et aussi que les vivres sont chers, le disner d'icelle confrérie sera dis- « continué par ceste présente année ».

aient été inspirés par une pitié particulière. Les « vérolés » n'ont jamais été « très précieux » que pour Rabelais. N'a-t-on pas menacé les syphilitiques indigents, s'ils ne quittaient pas leurs demeures : à Lyon, du bannissement et du fouet ; à Paris, de la hart et de la noyade (1498). Ces syphilis graves entraînant la misère par la suppression du travail, on avait pour les patients, l'indulgence dont bénéficiaient les « insensés, les ladres ou les chargés d'enfants ». Quant au secret médical, nos ancêtres s'en souciaient fort peu.

PSORIASIS CHEZ UN NOIR

Par P. NOEL (des troupes coloniales).

Le psoriasis dans les races noires est d'une telle rareté que nombre de dermatologistes en nient l'existence.

On le trouve cependant mentionné dans quelques publications anciennes.

Si Rufz en 1859 (1) déclare n'en avoir jamais rencontré en 20 ans à la Martinique, par contre Morison (2) en 1888 écrit que sur 500 cas de maladies cutanées chez les individus de race colorée il a pu voir 2 psoriasis chez des nègres purs et 4 chez des mulâtresses.

Blanc (3) écrit en 1892 qu'il en a observé 37 cas chez des blancs et aucun chez des noirs.

Isadore Dyer, de Nouvelle-Orléans (4) a publié sur la pathologie cutanée des nègres des statistiques importantes qu'il nous a malheureusement été impossible de consulter dans l'original. Dans ses tableaux, il en signalerait 2 cas sur un total de 556.

Howard Fox (5) en 1908, dans un article analysant les statistiques recueillies dans les états du Sud donne les chiffres de 49 cas de psoriasis sur 2.200 malades cutanés de race blanche contre 10 cas sur le même nombre de race colorée, mais il ne peut spécifier s'il s'agit de nègres purs ou de sang mêlé.

A ses recherches personnelles il joint les résultats d'une enquête menée auprès des dermatologistes notables ayant pratiqué dans les régions où les noirs sont nombreux.

Presque tous les médecins interrogés ont répondu négativement.

Grindon en 34 ans de pratique dermatologique active n'en a vu qu'un cas, et encore n'est-il pas absolument sûr de son diagnostic.

Dyer dit n'en avoir observé qu'un cas en 15 ans d'exercice.

Rosenthal en a rencontré 6 cas, mais ce ne sont que des mulâtres.

Gilchrist répond : « peu de cas ». Brinkley, de Savannah n'en a vu aucun.

En opposition marquée avec ces informateurs, Strobel, de Baltimore, déclare en avoir rencontré peut-être 20 cas, mais Fox n'a pu savoir s'il s'agit de mulâtres.

Hazen (6) dans son traité déclare que le psoriasis est très rare chez les nègres purs. Sur 2.000 cas de maladies de peau, il a trouvé 82 psoriasis chez des blancs contre 8 chez des noirs.

En octobre 1923, Schamberg (7), présente « à cause de son extrême rareté » un cas de psoriasis chez un nègre à la *Philadelphia dermatological Society*.

En février 1924, Parounagian (8) présente à la *Manhattan Dermatological Society* un nègre de 42 ans, syphilitique ancien, et porteur d'une éruption de psoriasis. Ce cas fut très discuté.

Le docteur Fox et le docteur Andrews, qui n'ont jamais rencontré de psoriasis chez le nègre, penchent pour le diagnostic de syphilides psoriasiformes.

A la réunion de mars, Parounagian présente à nouveau son malade. Vu l'échec de l'épreuve thérapeutique, Fox se range au diagnostic de psoriasis. Il vient justement (9) de rencontrer un cas presque similaire chez une négresse pure de 27 ans. Ce sont les deux seuls cas qu'il ait eu l'occasion de voir au cours d'une carrière qui fit passer sous ses yeux un nombre important de nègres.

Le cas mentionné par Ochs n'offre pas le même intérêt car il s'agit d'un mulâtre.

Parounagian (10) présente encore son malade en mai 1924 à la *Section dermatologique de l'Académie de médecine de New-York* et en octobre de la même année à la *Manhattan Dermatological Society*. Le diagnostic est confirmé par l'évolution, l'échec du traitement d'épreuve et l'examen histologique. Au cours de la discussion Satenstein dit n'avoir jamais rencontré de psoriasis sous les tropiques.

Le même auteur consacre enfin une étude au même malade en janvier 1926 et fait suivre l'observation détaillée et les résultats de la biopsie d'une courte bibliographie.

Enfin H. Fox (12) en octobre 1924 présente à la *New-York Dermatological Society* un cas de psoriasis, mais il s'agit d'un mulâtre, et nous savons que ce fait est beaucoup moins exceptionnel.

Nous surchargerions inutilement ce coup d'œil dans la littérature médicale si nous voulions citer ici ce que disent à ce sujet

tous les traités classiques que nous avons consultés. Mais nous serions incomplet si nous ne faisions une petite place à quelques-uns d'entre eux.

Audry (13) écrit : « Le psoriasis paraît universellement répandu. On l'a signalé en Polynésie, dans l'Annam où on l'appelle *Daud*, au Brésil, etc. Morison cependant croit qu'il est rare chez les nègres. D'après Balmann-Squire, il serait au contraire fréquent chez les Israélites. Il se rencontre souvent en Islande. »

Darier (14) déclare : « Le psoriasis s'observe dans tous les pays, sous tous les climats. »

Macleod (15) dit : « Bien qu'on puisse le rencontrer dans tous les climats, il est beaucoup plus commun dans les pays froids que dans les pays chauds, et est relativement rare sous les tropiques. Il est plus répandu dans les contrées du Nord de l'Europe que chez les races latines du Sud, et est plus dominant en Grande-Bretagne qu'en Europe Orientale. Il est particulièrement répandu en Islande où l'on estime qu'il constitue 8 o/o des maladies cutanées. Quand il se produit chez les peuples colorés, il affecte une forme plus bénigne. »

Jeanselme (16) signale seulement que « les Jaunes sont à peu près à l'abri des dermatoses dites constitutionnelles, l'eczéma, le psoriasis, les lichens, les prurigos.... »

Salanoue-Ipin (17) écrit : « Considéré comme assez rare dans la race noire, peut-être simplement parce qu'il est difficile à dépister sur la peau des nègres, il paraît plus fréquent dans la race jaune. Pleter va jusqu'à nier son existence sous les tropiques ; de son côté Rufz de Lavison déclare qu'en 7 années de pratique médicale à la Martinique, il n'a jamais vu un seul cas de psoriasis. Castellani, au contraire, affirme qu'il est assez commun parmi les Hindous, les Malais et les Chinois. »

De cette revue bibliographique, il résulte qu'à part quelques statistiques anciennes où souvent la distinction n'est pas faite entre nègres et mulâtres, on ne connaît qu'un nombre très restreint de psoriasis chez le noir pur. Dans ces dernières années 3 cas en ont été publiés. Cette atteinte est si exceptionnelle que bien des dermatologistes ayant une grande expérience des affections cutanées des races colorées, en contestent la possibilité.

Nous devons ajouter que nous-même, au cours d'une longue pratique Africaine, n'en avons jamais rencontré de cas chez un

nègre (1) dans des régions très peuplées où les indigènes circulent presque nus et par conséquent n'eussent pas manqué d'attirer notre attention déjà orientée sur cette recherche.

Nous étions par suite, nous aussi, portés à croire à l'immunité des races noires vis-à-vis de cette affection, et au cours d'un séjour de 3 ans dans l'Inde du Sud, dont la population, de race dravidienne, est aussi noire que celle de l'Afrique intertropicale, nous l'avons de nouveau systématiquement recherchée.

Nous avons dû infirmer le diagnostic de tous les cas qui nous ont été présentés comme susceptibles d'être classés sous cette étiquette. Nous ne saurions trop conseiller de n'accepter que sous réserve de vérification les statistiques données par les services d'Assistance Médicale Indigène, qui ne peuvent qu'enregistrer les diagnostics posés souvent par les médecins à qui on demande une telle étendue de connaissances qu'ils sont parfaitement excusables de n'avoir pas dans toutes les spécialités, et notamment en dermatologie, une compétence irrécusable.

Cependant nous avons fini par avoir la chance de tomber sur un noir atteint de psoriasis authentique. C'est la rareté de ces cas qui nous incite à publier notre observation.

Observation. — Savar.. , coolie, 58 ans, entre le 16 novembre 1925 à l'hôpital de Pondichéry pour une éruption squameuse sèche.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires ni personnels, sauf que le malade est sujet à des crises d'asthme dans la saison pluvieuse. Alimentation composée surtout de poisson sec, de riz et de légumes ; rarement de la viande ; un peu d'alcool depuis 2 ans.

Début il y a 1 an environ par une petite tache à la face antérieure de la jambe gauche, prurigineuse et squameuse, qui grandit peu à peu. D'autres taches se formèrent dans le voisinage, qui confluèrent peu à peu, puis sur le reste du corps. La progression a été continue, sans régression.

Examen. — Sujet vieux, de constitution médiocre, qui présente des lésions dont l'élément est une tache ronde, souple, non infiltrée, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à celle de 1 franc, nettement circonscrite, couverte de squames sèches, nacrées, lamelleuses, abondantes. Le grattage méthodique fournit le signe de la tache de bougie et celui de la rosée sanglante. Pas de modification de couleur importante au niveau de certaines taches, tandis que d'autres sont d'un brun plus foncé que la peau saine. Par endroits les taches sont réunies en placards à contour polycyclique, mais le rayon des arcs de cercle péri-

(1) Par contre nous en avons observé un cas chez un Européen au Cameroun.

phériques montre que même ces placards sont constitués de lésions de diamètre à peu près pareil. A leurs limites, parfois des éléments entrent en contact par un ou deux points avec le placard, laissant des réserves triangulaires de peau saine

La distribution est remarquablement symétrique :

Aux membres supérieurs : les deux coudes, les plis du coude et les deux faces de l'avant-bras présentent des éléments. Les mains sont indemnes sauf le dos des deux médius.

Membres inférieurs : vastes placards sur les deux cuisses (surtout face postérieure et moitié inférieure de la face interne) et sur les deux jambes (principalement faces antérieure et interne) ; genou gauche, dos du pied droit.

Tronc : seulement régions lombaire, sacrée, fessières et rétrotrochantériennes ; pubis, aines, fourreau de la verge et bourses présentent également placards et taches nummulaires.

Ongles indemnes.

Au cuir chevelu, l'éruption forme une carapace continue blanche squameuse sur tout le sommet de la tête, à contour polycyclique. Le reste du cuir chevelu est occupé par des taches nummulaires, plus ou moins confluentes, réservant des espaces de peau saine. Elles sont nettement limitées ; les squames, très fines, sont traversées par des cheveux normaux en aspect, nombre et adhérence.

L'éruption envahit les deux oreilles où la desquamation est plus lamelleuse. Une plaque allongée occupe la moitié interne de chaque sourcil. Les sourcils sont rares aussi bien au niveau de la plaque que dans la partie externe.

Prurit assez vif, cependant il n'y a aucune excoriation.

Pas d'arthropathies. Colonne vertébrale un peu voûtée.

Rien du côté des poumons ; pas de syphilis connue.

Pas de gale.

Traitement : glycérolé cadique.

Morison donne les caractères suivants du psoriasis chez les noirs : « Les taches sont couvertes d'une croûte plus jaunâtre, moins brillante que chez le blanc. Dans le psoriasis punctata, la croûte est plus épaisse que d'habitude et se détache facilement. Elle laisse alors une surface rouge foncé, saignante, le sang suintant librement des capillaires. Comme dans les autres affections de cette race où il y a une quantité assez épaisse d'épiderme enlevé, une tache blanche persiste un certain temps après guérison. Dans la forme orbiculaire (comme dans un des cas rapportés) certaines des plus larges taches peuvent encore se voir après plusieurs années. Ce n'est pas une maladie commune du noir et elle guérit facilement. Je n'ai pas vu de rechutes et il n'y avait pas eu d'attaques antérieures, autant qu'on puisse les trouver. »

Pas plus notre observation que celle de Parounagian ne permettent de confirmer ces particularités : notamment ni la dépigmentation des lésions guéries ni la facilité de la guérison ne font partie de nos constatations.

Cette observation ne nous aidera pas à résoudre le problème de l'étiologie du psoriasis et des raisons de son extrême rareté chez les noirs purs. Mais elle rappellera l'attention sur cette particularité qui n'est pas sans intérêt.

Et notre conclusion sera la suivante :

Le psoriasis s'observe peut-être dans tous les pays, mais pas dans toutes les races, ou du moins avec une fréquence qui varie dans d'énormes proportions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rufz. — Note sur la fréquence et la diversité des maladies de peau à la Martinique. *Bull. de l'Acad. Impér. de Médecine*, vol. XXIV, 28 juin 1859, p. 1051-1072.
2. Morison. — Personnal observations on skin diseases in the Negro. *Medical News*, vol. LIII, 20 oct. 1888, p. 439-444.
3. H.-W. Blanc. — A review of five years of dermatological practice in New-Orleans. *New-York med. journal*, 1892, vol. LV, p. 281-287.
4. Isadore Dyer. — Notes on the statistical relation of skin disease in the negro and withe races in New-Orleans. *Proceedings Orleans Parish. Med. Soc.*, 1896, III, p. LXVIII-LXXI.
5. Howard Fox. — Observations on skin diseases in the Negro. *J. cutaneous diseases*, vol. XXVI, pp. 67-79 et 109-121, février 1908.
6. Hazen. — *Diseases of the skin*, 2e éd., 1922, p. 441.
7. Schamberg (présenté par Wright). — Psoriasis in a negro. *Philadelphia dermat. Soc.*, 8 oct. 1923 *in Arch. of derm. a. syph.*, 1924, p. 398.
8. Parounagian. — Psoriasis in a syphilitic negro. *Manhattan Dermatol. Soc.*, février 1924 *in Arch. of derm. a syph.*, 1925, p. 840.
9. H. Fox. — Extensive psoriasis in a full-blooded negress. *New-York dermat. soc.*, 25 mars 1924 *in Arch. of derm. and syphilology*, 1924, p. 382.
10. Parounagian. — Psoriasis in a syphilitic negro. *New-York Acad. of Med. Section on Dermatol. and syphilis*, 6 mai 1924.
— Psoriasis in a syphilitic negro. *Manhattan dermat. soc.*, 14 oct. 1924 *in arch. of dermat. and syph.*, 1924, p. 789.
— Psoriasis in a full-blooded negro. *Arch. of dermat. a. syphilology*, janvier 1926, p. 106.
12. H. Fox. — Psoriasis in a mulatto. *New-York dermat. Soc.*, 28 oct. 1924 *in Arch. of derm. a syph.*, 1925, p. 684.
13. *Pratique Dermatologique*, Art. Psoriasis, 4e vol., p. 126.
14. Darier. — *Précis de dermatologie*, Paris, 1923, p. 112.
15. Macleod. — *Diseases of the skin*, Londres, 1920, p. 825.
16. Jeanselme — *Cours de dermat. exotique*, Paris, 1904, p. IV.
17. Salanoue Ipin. — *Traité de Path. exot.* de Grall et Clarac, vol. VII, Maladies de la peau, p. 23.

LA PROPHYLAXIE ET LA THÉRAPIE DE LA SYPHILIS PAR LES PRÉPARATIONS RUSSES DU TYPE « STOVARSOL » (1)

Par le professeur N. EFRON et le docteur I. LIPSKEROV,
assistant de l'Institut vénérologique de l'État (Moscou).
(Directeur : professeur N. Efron).

I

Le stovarsol (stovarsolan), acide acétylo-amido-oxyphényl-arsénique ou 190, est une poudre blanche amorphe ou micro-cristallique, insoluble dans l'eau, facilement soluble dans les carbonates alcalins et l'ammonium en passant en sel.

Le stovarsol introduit *per os*, ne passe pas évidemment dans le sang complètement, comme le salvarsan dans l'injection intraveineuse ; il est donc nécessaire, pour arriver avec le stovarsol à l'effet identique à celui de salvarsan, d'employer une dose un peu plus élevée. Le stovarsol introduit *per os* passe successivement en amido-oxy-phénylo-arséno-oxyde, qui possède toutes les propriétés d'une préparation idéalement active.

Passons à l'examen des propriétés prophylactiques des composés de stovarsol. Nous en connaissons un travail détaillé des auteurs français : Levaditi, Navarro-Martin, Fournier, Guénot, Schwartz, ayant observé leurs propriétés prophylactiques expérimentalement sur les lapins, les singes et sur l'homme.

Les auteurs, se basant sur leurs recherches expérimentales, ont conclu, que le stovarsol, introduit dans l'organisme en dose de 0,1 sur 1 kilogramme de poids 2 heures et 7 jours après la contagion, préserve les lapins et les singes d'une infection ;

(1) Extrait de la communication au Congrès Panrusse de vénérologie à Charkoff en 1925.

introduit en dose de 4,0-7,0 il préservait de la contagion dans le coïte; dans les expérimentations sur l'homme, la préparation introduite dans 2, 5, 6 heures en dose de 2,0-4,0, après l'inoculation du virus syphilitique, la contagion n'était pas constatée.

Nous avons également examiné les propriétés prophylactiques du stovarsol expérimentalement sur les lapins ; mais avant d'entreprendre nos expériences, nous avons vérifié le virus qui était à notre disposition. Celui-ci avait été pris chez un lapin, contaminé par neuvième passage, et avait été inoculé du scrotum, selon Tomachewski, de 5 lapins ; l'un d'eux périt dans 18 jours d'une coccidiose, constatée à l'autopsie ; les quatre restants ont donné un résultat positif ; chez tous s'était développé un chancre dur typique, on en a constaté des spirochètes ; par conséquent, nous basant sur nos expériences, nous nous sommes persuadés de la virulence intense du passage donné, et c'est avec celui-ci que nous poursuivions nos recherches.

Nous avons introduit dans l'estomac du lapin n° 876, après une journée de jeûne, 0,16 de stovarsol (pour plus de commodité nous introduisions 5 o/o de solution de sel de sodium de stovarsol, c'est-à-dire 3,2 sur 1 kilogramme du poids, sur 2 kilogrammes 6,4) une demi-heure avant l'inoculation du virus syphilitique dans le scrotum; au lapin n° 883 — une heure avant l'inoculation — la même quantité, c'est-à-dire sur son poids de 1.520 grammes, 5,7 de solution de 5 o/o de sel de Na du stovarsol ; au lapin n° 882, 2 heures avant l'inoculation, au lapin 878, 1 heure et 24 heures après l'inoculation (4,8 de solution de 5 o/o du sel de Na du stovarsol chaque fois sur le poids de 1.410 grammes) ; au lapin n° 877 du poids de 1.440 grammes, 2 heures après la vaccination, à peu près 4,8 de même solution de sel de stovarsol, et au lapin n° 879, 24 et 30 heures après l'inoculation, 6,0 chaque fois ; le lapin dernier, n° 879, succomba dans 15 jours d'une pleurite ; les autres ont donné un résultat négatif. Nos recherches expérimentales ont donc prouvé que le stovarsol, introduit avant et après l'inoculation du virus syphilitique, a préservé tous les animaux de l'infection et par conséquent, il est certainement doué d'une propriété prophylactique ; sur 5 lapins à contrôler, qui n'ont pas reçu de stovarsol, il y a eu chez trois un résultat positif, chez un d'eux, n° 881, un résultat négatif et un succomba d'une diarrhée en 3 semaines.

Puis, nous avons pratiqué aux lapins n°s 876 et 878, qui sont

restés vivants après la première inoculation, une vaccination répétée du virus syphilitique dans le scrotum dans 55 jours; le résultat était positif dans les deux cas; dans les deux cas s'est développé un chancre dur typique avec la présence des spirochètes. Chez le premier lapin, n° 376, le chancre dur est apparu 55 jours, chez le second, 26 jours.

Ces expériences démontrent, que les lapins ayant obtenu dans la première inoculation le stovarsol dans le but prophylactique, restaient sains, ce qui est confirmé par l'inoculation répétée, qui a donné un résultat positif, par conséquent, chez ces lapins une nouvelle infection est apparue, une réinfection.

Notre expérience consistait en ce que nous avons inoculé les fragments du cerveau et de cervelet du lapin n° 877 (tableau n° 1), qui a obtenu le stovarsol 2 heures après l'inoculation du virus syphilitique et qui est resté sain (période d'observation 55 jours), à une autre série de lapins n°s 855, 885, 872, 873 et 877/*a*; mais étant donné que tous ces lapins, excepté un, le n° 877/*a*, qui se trouve encore en ce moment à notre disposition, ont succombé, 7-11 jours après l'inoculation, d'une asepsie, nous étions alors forcé de répéter cette expérience.

Pour cela nous avons pris le lapin n° 883 qui a obtenu le stovarsol 1 heure avant l'inoculation du virus syphilitique et qui est resté sain (période d'observation 103 jours); ses cerveau, moelle épinière et cervelet ont été inoculés aux lapins n°s 558, 906, 851 et 772, le résultat était négatif de la période d'observation jusqu'à aujourd'hui.

Nos recherches expérimentales sur les lapins ont démontré que les préparations de stovarsol sont capables de stériliser radicalement l'organisme, car les fragments du cerveau et de la moelle épinière, pris chez les lapins, qui ont reçu le stovarsol en leur inoculant la syphilis, ont été, après une longue période, introduits dans le scrotum d'un nouveau groupe de lapins sains, et tous ces cas ont donné un résultat négatif; par conséquent dans le cerveau des premiers lapins les spirochètes n'étaient pas constatés.

II

Après avoir obtenu des résultats favorables dans les recherches expérimentales avec des préparations de stovarsol, en qualité de remède prophylactique, nous avons entrepris nos observations cliniques.

Voyons maintenant, quel est l'effet thérapeutique des préparations de stovarsol; quelle est leur influence sur les manifestations cliniques de syphilis, sur les spirochètes, la réaction de Wassermann et quels sont les phénomènes accidentaux ?

Le stovarsol, comme remède thérapeutique, était employé par un grand nombre d'autres (Levaditi, Oppenheim, Nicolau Krœsl, Dupérier, Clarac, Hoffmann, Spiethoff, Serary, Barbi, Weitgasser, Gruss, Lehner, Radnai, Kromayer, Pinkus, Bory, Marchou, Delanœ, Couvy, Roques, Châtellier, Jovanovitch).

Passons à l'examen de nos observations cliniques; sous notre observation se trouvaient 30 malades :

Syphilis. . .	I, 4	
Syphilis. . .	II, récente	— 14
Syphilis. . .	II, récidive	— 3
Syphilis. . .	III, tuberculeuse	— 5
Syphilis. . .	III, gommeuse	— 2
Syphilis. . .	III, latente	— 2

Il y avait parmi nos malades des nourrissons de 2 à 7 mois, des enfants âgés d'une année et 3 mois à 4 ans 1/2, et des enfants adultes de 10 à 14 ans; les nourrissons ont reçu 0,01 de stovarsol chacun, sur 1 kilogramme du poids, 2 ou 3 fois par jour, totalement, jusqu'à 3 grammes pour une période de traitement; les enfants âgés d'une année et de 3 mois jusqu'à 4 ans 1/2 ont reçu 0,05-0,2 *pro dosi* 2 fois par jour, totalement 3,2-4,5 grammes et ceux de 10 à 14 ans ont reçu de 0,25-0,5 grammes *pro dosi* 2 fois par jour, totalement jusqu'à 10,0-20,0 grammes de stovarsol pour une période de traitement.

Les adultes recevaient le premier jour 0,25-0,5 *pro dosi* chacun, augmentant la dose jusqu'à 1,0 gramme *pro dosi* 2 fois par jour, totalement 16,0-30,0-40,0-60,0 de stovarsol (stovarsolan) pour une période de traitement. Après avoir reçu 10,0 on fait une interruption pour 5-6 jours; puis le malade recommence à recevoir pendant 5 jours 10,0 de stovarsol et de nouveau on fait interruption pour 5 jours. Ces interruptions pour 5-6 jours se font, parce que dans cette période on n'est pas arrivé ordinairement, soit à constater la présence de l'arsenic dans l'urine, soit qu'on a constaté des traces de celui-ci.

En examinant le tableau n° 6, nous voyons que les spirochètes dans le chancre dur disparaissaient dans 1, 3, 4 jours après la

dose de 0,75-1, 5-4,5 de stovarsol (stovarsolan); dans les papules érosives hypertrophiées, les spirochètes disparaissaient au 3e, 4e, 5e jour après la dose de 1,25-2,0-3,75 de stovarsol; dans les papules sur les muqueuses les spirochètes disparaissaient au 2e, 4e, 6e jour après la dose de 0,1 (enfant de 2 mois 1/2), 1,40-2,25 de stovarsol.

Voyons maintenant quelle était l'action du stovarsol sur les manifestations cliniques. D'après le tableau n° 7 ci-dessous indiqué, dans lequel est indiqué le temps de la cicatrisation des manifestations syphilitiques diverses de la peau, on voit, que l'infiltrat dans le chancre dur disparaissait au 20e-30e jour (une épithélisation du chancre dur apparaissait assez rapidement) après la dose de 16,0-23,5 de stovarsol; la roséole 10-12 jours après la dose de 6,75-10,0 de stovarsol, les papules, 17-42 jours après la dose de 8,0-40,0 et l'angine papuleuse, 10-13 jours après la dose de 3,7-9,0 de stovarsol, l'ulcère tuberculeuse de la peau au 26e-40e jour après la dose de 28-33,5 et l'ulcère gommeuse au 21e-39e jour après la dose de 30,0-35,8 de stovarsol; nous voyons que la période de cicatrisation des mêmes éléments n'est pas la même, ce qui s'explique par leur différente localisation; en somme on peut dire, que la durée de cicatrisation des éléments est évidemment la même que dans le traitement habituel par le salvarsan ou de mercurio-bismutho-salvarsan. Les manifestations de l'infection de la syphilis primaire et secondaire disparaissaient en moyenne au 15e-20e jour en appliquant 15,0 de stovarsol. En examinant l'action du stovarsol sur la réaction de Wassermann (durée d'observation à peu près d'une année), nous voyons que (tableau n° 8) celle-ci pendant la première période de traitement, qui a duré à peu près une année dans la plupart des cas, en employant la dose de 16,0-40,0 de stovarsol, n'était pas modifié; on n'observait que dans quelques cas un affaiblissement de la réaction de 4 à 2 ou à 3 + et seulement dans un cas (observation de la maladie n° 1.619) de 1 +/2 + elle est passée en négatif après une dose de 60,0 pendant la première période du traitement. Il est intéressant de remarquer, qu'en continuant l'emploi du stovarsol (stovarsolan) pendant 4 1/2-10 mois avec des intervalles de 2-4 semaines on observait dans la majorité des cas une forte diminution de la réaction de Wassermann; elle diminuait jusqu'à 1 +; dans un seul cas (observation de la maladie n° 31.437) la réaction de Wassermann après

une dose de 71,8 de stovarsol pendant 4 mois 1/2, n'a nullement changé, ce qu'on peut expliquer par de grands intervalles entre des périodes séparées du traitement. En somme, d'après nos observations nous pouvons en conclure, que le stovarsol par son action sur la réaction de Wassermann ne cède nullement au traitement par salvarsan et même au traitement combiné (salvarsan-bismutho-mercuriel).

Enfin, en examinant les phénomènes accidentaux dans l'application du stovarsol (stovarsolan) on peut voir d'après le tableau n° 9, que ceux-ci apparaissent assez rarement et principalement chez les malades qui employaient le stovarsol presque chaque jour pendant un mois sans intervalle ; en somme des fortes intoxications ainsi que des phénomènes angio-névrotiques n'ont pas été constatés.

La réaction de Iarisch-Herxheimer était observé dans 2 cas après une dose en une tablette = 0,25 ; chez le malade n° 1.215 on observait constamment pendant l'emploi de stovarsol la constipation ; aussitôt le stovarsol abandonné, le fonctionnement de l'intestin redevenait normal. Chez le malade n° 1.635, âgé de 17 ans, après une dose de 36,3 de stovarsol (1,0-1,50 chaque jour sans intervalle) une éruption ressemblant à celle de scarlatine apparaissait sur la poitrine, sur les membres supérieurs, à la région des omoplates, l'ictère, élévation de température jusqu'à 37°5, le malade de 14 ans, observation de la maladie n° 1.446, atteint de Luès III, après une dose au total de 8,5 ressentait une douleur au creux de l'estomac, nausée, vomissement, céphalée intense, épistaxis, température = 40°, tous ces phénomènes sont vite disparus. Chez un enfant de 2 mois 1/2, après la dose en poudre par 0,05 chacune, totalement = 0,2, apparaissaient le vomissement, une diarrhée, température = 38° ; chez la malade B... après une dose en total de 6,0 apparaissait un érythème sur le visage, la poitrine, sur le dos, sur les membres supérieurs et sur les hanches, une conjonctivite ; tous ces phénomènes sont vite disparus.

Par conséquent, d'après les observations sommairement mentionnées ci-dessus, nous pouvons conclure qu'on n'observe pas de phénomènes accidentaux graves et tenaces dans l'application du stovarsol et par conséquent, sa toxicité est sensiblement moindre que celle composée de salvarsolan.

En comparant les résultats de notre traitement avec ceux des

autres (Weitgasser, Gruss, Spiethoff, Lehner, Randai, Pinkus, Jadassohn), nous supposons que le faible effet thérapeutique qu'ils observaient dans beaucoup de cas, peut être expliqué par ce fait que les doses employées, aussi bien en une fois (0,75-1,0 *pro die*) que totalement pour une période de traitement (16,0-20,0) n'étaient pas suffisantes chez eux ; nous appliquions par 2,0 *pro die* et dans une période de traitement nous arrivions jusqu'à 40,0-50,0-60,0.

Ainsi d'après nos observations cliniques nous pouvions conclure, que les composés russes de stovarsolan (stovarsol) possèdent une action thérapeutique assez énergique et dans beaucoup de cas ils s'approchent, par leur action sur le spirochète pâle, sur la réaction de Wassermann et principalement sur les manifestations d'infection de la syphilis primaire et secondaire, à celle du néosalvarsan.

La toxicité des préparations du type de stovarsol est sensiblement moindre que celle des préparations de salvarsan, car en les employant dans beaucoup de cas en quantité double contre la dose habituelle (2,0 *pro die*) nous n'avons même pas une seule fois observé de phénomènes accidentaux graves.

Par conséquent, les préparations du type de stovarsol, dans leur application régulière (selon la prescription exacte du médecin) apparaissent inoffensives et peuvent être remises sans danger aux mains des malades.

Etant données les considérations ci-dessus indiquées, les composés du type de stovarsol, dans les conditions de la vie des paysans russes, doivent acquérir une grande importance dans la lutte contre la propagation de la syphilis dans le milieu des masses paysannes.

Autant que nos recherches expérimentales d'une part ont démontré que les préparations russes du stovarsolan (stovarsol) possèdent certainement des propriétés prophylactiques, autant que, d'autre part, nos observations cliniques nous ont persuadé que ces préparations, même dans leur application durable, ne provoquent pas de complications accidentelles graves, nous estimons que nous sommes en droit de recommander l'essai de leur propriété prophylactique en large échelle ainsi que sur l'homme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Navarro-Martin. — *Ann. de l'Inst. Past.*, n° 1, 1922.
2. Levaditi et Navarro-Martin. — N° 1, 1922.
3. Fournier, Guénot et Schwartz. — N° 1, 1922.
4. Navarro-Martin et Stefanopulo. — N° 8, 1922.
5. Levaditi, Navarro-Martin, Fournier, Guénot et Schwarzt. — N° 11, 1922.
6. Fourneau, Navarro-Martin, M. et Mme Tréforal. — N° 6, 1923.
7. Simon. — *Bol. S. fr. D. S.*, n° 8, 1923.
8. Bory. — N° 5, 1923.
9. Oppenheim. — *W. Kl W.*, n° 12, 1924.
10. Oppenheim. — *W. Kl. W.*, n° 17, 1924.
11. Oppenheim. — *Med. Kl.*, n° 36, 1924.
12. Gruss. — *W. Kl. W.*, n° 13, 1924.
13. Weitgasser. — *M. Kl.*, n° 23, 1924.
14. Pinkus. — *M. Kl.*, n° 22, 1924.
15. Jadassohn. — *Kl. W.*, n° 27, 1924.
16. Ismailsky. — *Journ. chimico pharmac.* (J. russe), n° 2, 1924.
17. Bloch. — *Schweiz med. W.*, n° 36, 1924.
18. Boermann. — *A. f. Schiffs et trop.*, 1923.
19. Mordoux. — *B. S. d. Path. exotique*, 1923.
20. Mordoux. — *Biol. Méd.*, 1923.
21. Heymann. — *I. f. interne méd.*, n° 28, 1924.
22. Nicolas. — *Pér. Méd.*, n° 26, 1924.
23. Krœsl. — *W. kl. W.*, n° 47, 1924.
24. Kolle. — *D. m. W.*, n° 32, 1924.
25. Dupérier. — *Pr. Méd.*, n° 60, 1924.
26. E. Hoffmann. — *D. Z.*, 1924.
27. De Favento. — *Policl.*, n° 36, 1924, pap. *G. it. M. v. p.*, 1924.
28. Couvy. — *Pr. Méd.*, n° 76, 1924.
29. Kromayer. — *D. m. W.*, n° 3, 1925.
30. J. Schumacher. — *D. W.*, nos 38, 39, 1924.
31. Spithoff. — *M. k.*, n° 6, 1925.
32. Rosentull. — *P. B. D.*, n° 2, 1925.
33. Roques et Challier. — *B. S. fr. D. S.*, n° 11, 1925.
34. Sezary et Berbi. — *S. M. Hôp. P.*
35. Lehner et Radnai. — *M. k.*, n° 9, 1925.
36. Worms. — *D. m. W.*, n° 11, 1925.
37. Worms. — *Z. Bakt.*, 1924, 93, H. I-4.
38. Pearce et Brown. — *J. of exp. Med.*, 1925, 1919-1922.
39. Krizevski et Frid. — *Journ. russe de microbiol.*, 1925.
40. Plaut. — *A. D. S. B.*, 145, 1925.
41. Jovanovitch. — *Le stovarsol*, 1924, Paris.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1927.

Annales des Maladies vénériennes (Paris).

Note sur l'incubation prolongée du chancre syphilitique, par B. Valverde. *Annales des maladies vénériennes,* t. XXII, n° 9, sept. 1927, pp. 678-684.

Thibierge avait dès 1895 insisté sur l'importance au point de vue médico-légal des incubations prolongées (81, 97 jours). Depuis d'autres auteurs ont signalé des faits analogues (Gougerot, 100 et 110 jours). V. publie trois observations, 32, 39, 68 jours.

Il estime que deux facteurs peuvent expliquer l'incubation prolongée : l'influence des traitements spécifiques antérieurs, voire même des simples applications prophylactiques, l'état d'immunité de l'organisme conféré par l'hérédo-syphilis. H. Rabeau.

Deux cas de chancre mou avec parallélisme morphologique de leurs chances d'inoculation, par M. Kitchevatz. *Annales des maladies vénériennes,* t. XXII, n° 9, septembre 1927, pp. 675-677.

Observation de deux malades contaminés le même jour à la même source. Même durée d'incubation : 3 jours. Même aspect morphologique des bacilles de Ducrey sur frottis. Lésion de la verge chez les deux malades différents : l'un lésion ulcéreuse, l'autre chancrelle en plateau. Chancres d'inoculations : l'un ulcéreux, l'autre surélevé en plateau. Alors que morphologiquement les bacilles étaient analogues, les chancrelles et les chancres d'inoculation ont différé. Le rôle du terrain seul peut être invoqué. Mais alors qu'on a évoqué et prouvé dans de nombreux cas le rôle du terrain syphilitique dans le développement du chancre mou papuleux, la syphilis n'a pu être retrouvée chez le malade présentant un chancre papuleux, alors qu'elle était certaine chez l'autre. H. Rabeau.

La stérilité syphilitique, par J.-E. Marcel. *Annales des maladies vénériennes,* t. XXII, n° 9, septembre 1927, pp. 655-675.

Ce n'est que depuis quelques années que l'étude de la stérilité syphilitique a pris l'importance qu'elle mérite. On peut cliniquement distinguer trois groupes de faits :

1° Il s'agit de malades chez lesquels la stérilité est un épiphénomène en rapport avec des lésions syphilitiques parfois patentes et qui en tout cas attirent dès l'abord l'attention sur le système génital. Les lésions peuvent être évolutives ou éteintes, acquises ou héréditaires.

Chez l'homme, c'est l'orchyépididymite syphilitique ou l'épididymite tertiaire. Chez la femme « la syphilis utéro-ovarienne est au moins aussi fréquente et probablement beaucoup plus importante que la syphilis urogénitale de l'homme (prof. Audry) » ;

2° Dans un autre groupe plus intéressant il s'agit de malades syphilitiques chez lesquels l'interrogatoire ou l'examen découvre la stérilité en dehors de toute atteinte apparente de la sphère génitale. Or à la suite d'un traitement antispécifique les malades deviennent féconds ;

3° La stérilité est le symptôme majeur qui les conduit au médecin. Il s'agit le plus souvent de syphilis héréditaire de première génération, malades de C. Simon, de Louste. C. Simon émettait l'hypothèse que des faits analogues (azoospermie syphilitique) existent chez la femme et expliquent certains cas de stérilité que l'examen gynécologique le plus minutieux ne permet pas de découvrir.

La stérilité est l'unique symptôme qui attire l'attention sur la sphère génitale. Il y a, semble-t il, une véritable dissociation dans l'atteinte des glandes de la reproduction. La glande endocrine est intègre, la glande exocrine est défaillante.

Il est incontestable que la stérilité syphilitique, peu fréquente, il est vrai, existe. Pour la trouver il faut la rechercher, pour la diagnostiquer y penser. De pronostic variable, elle entraîne une thérapeutique active, prolongée, qui souvent réserve des surprises. H. RABEAU.

Anémie pernicieuse et syphilis, par F. WYSS CHODAT. *Annales des maladies vénériennes,* t. XXII, n° 9, septembre 1927, pp. 641-654.

De nombreuses études ont été faites sur cette question de l'étiologie de l'anémie pernicieuse, en particulier de celle dite syphilitique. On a tendance à attribuer à la syphilis un rôle provocateur indirect, mais à la vérité on ne peut conclure. L'auteur passe en revue les différents mémoires publiés sur ce sujet à l'occasion d'une observation personnelle. Cette observation intéressante qui permet, dit-il, de suivre en détail l'évolution parallèle de la syphilis et de l'anémie pernicieuse ne nous paraît pas concluante La syphilis seule y est retrouvée comme cause possible de cette anémie. H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie (*Paris*).

La syphilis cause de stérilité, par Lucien PÉRIN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 3e année, n° 9, septembre 1927, pp. 443-459.

L'auteur a observé 78 ménages involontairement stériles dont l'un des conjoints au moins était en traitement en raison d'antécédents syphilitiques indiscutables. Déduction faite des ménages ayant des enfants et des cas où une autre cause de stérilité apparaît possible, il reste 25 ménages syphilitiques stériles soit 32 o/o, alors que le pourcentage de stérilité « normale » est de 15 o/o. Chez trois quarts des malades il s'agissait de syphilis acquise. Dans un tiers des cas un des conjoints paraissait indemne de toute syphilis.

D'autre part sur 20 ménages involontairement stériles pris au hasard et jamais traités pour syphilis, l'auteur trouve trois fois le B.-W. positif (15 o/o) et dans trois autres cas une syphilis évidente. Chez douze seulement il n'existe aucun symptôme rattachable à cette cause. Parmi les autres la proportion d'hérédo-syphilis paraît assez forte.

L'auteur termine par une étude des lésions organiques susceptibles de déterminer cette stérilité. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

La thérapeutique par les rayons ultra-violets et la limitation de ses indications, par S. Juster. *Presse Médicale,* n° 72, 7 septembre 1927, p. 1099.

J. s'élève contre l'extension abusive de l'emploi des rayons ultra-violets, fait capable de jeter le discrédit sur une thérapeutique de premier ordre dans certaines affections très déterminées. Souvent l'appareillage utilisé est insuffisant, et, d'autre part, les indications mal posées. On ne peut tenir compte des résultats obtenus dans de telles conditions. Enfin on doit savoir que cette thérapeutique peut donner des incidents, rares il est vrai, mais qui impliquent un emploi judicieux de cette méthode. H. Rabeau.

Pyrothérapie réglée dans la paralysie générale par l'injection intraveineuse de vaccin antichancrelleux, par Sicard, Haguenau et Wallich. *Presse Médicale,* n° 74, septembre 1927, pp. 1121-1122 (1 figure).

La majorité des neurologistes se déclarent partisans du traitement malarien de la paralysie générale. Les auteurs estiment que l'hématozoaire n'a aucun pouvoir spécial vis-à-vis du tréponème ; les résultats semblent sous la dépendance du choc thermique. Après de nombreux essais ils ont trouvé dans le vaccin antichancrelleux de Nicolle, injecté par voie intraveineuse une substance capable de provoquer volontairement et indéfiniment chez le paralytique général un accès fébrile variable entre 38° et 40° suivant la dose injectée. Cet effet hyperthermisant se reproduit indéfiniment, il n'y a ni accoutumance ni sensibilisation. Ils ont utilisé le Dmelcos Poulenc. Les doses sont progressives 1/2, puis 1 centimètre cube jusqu'à 3 et 4 centimètres cubes. L'effet se produit 2 heures après et la température atteint son acmé 4 à 5 heures après l'injection, puis crise sudorale, chute thermique. A ce traitement ils ont associé des traitements spécifiques, sulfarsénol, tryparsamide, sans que les réactions provoquées aient été modifiées. Ils ont soumis à ce traitement trois paralytiques généraux de type classique sans aucun incident d'intolérance, sans la moindre défaillance viscérale. L'état psychique et neuropathique des malades s'est très amélioré dès la 7e ou 8e injection. Il y a là une méthode facile sans danger qui mérite d'être expérimentée plus largement. Elle doit nettement être préférée à l'inoculation malarienne du fait de sa grande maniabilité, du fait aussi que contrairement à l'état de fatigue des impaludés, l'état de ces malades se modifie très favorablement. H. Rabeau.

L'héliopathie (Danger des ultra-violets), par Foveau de Courmelles. *Presse Médicale*, n° 77, 24 septembre 1927, p. 1174.

Les ultra-violets comme tout agent physiothérapique ou médicamenteux peuvent être dangereux soit par excès, soit par héliosensibilité. Il faut donc apporter à leur application la plus grande prudence. Ils ont été considérés à tort comme inoffensifs et toujours guérissent. Il est des questions de photo-sensibilisation qui sont posées sans être résolues. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Quelques observations sur la syphilis conjugale, par A. Galliot. *Journal de Médecine de Paris*, 47e année, n° 35, 1er septembre 1927, pp. 696-698.

G. a pu suivre en clientèle 59 cas de syphilis conjugale. Il les divise en deux groupes : 1° malades atteints de syphilis récente (12 cas) qui contaminèrent leur conjoint ; 2° malades dont la syphilis était antérieure au mariage d'au moins cinq ans, le plus souvent mal ou insuffisamment traités, 47 cas. (21, aucun signe clinique ou sérologique de contamination. 4 cas sans signes cliniques et sérologiques mais avec avortements. 22 cas, Bordet-Wassermann positif à plusieurs reprises, nombreux avortements). Ces faits, montrent que les vieilles syphilis sont souvent contagieuses pendant longtemps. Elles le sont de façon tout autre qu'au début de la syphilis. Si ces syphilis semblent peu dangereuses pour la femme (cependant avortements fréquents), elles le sont beaucoup pour le produit de la gestation. G. ayant pu observer l'évolution de la syphilis chez de tels malades, a constaté que si les syphilis jumelées sont possibles, pour les syphilis anciennes la discordance est la règle. Si l'hypothèse de la pluralité des virus était exacte il n'en devrait pas être ainsi. « L'influence du terrain semble, dit-il, avoir été perdue de vue au profit du microbe ».

H. Rabeau.

Le froid en thérapeutique, par Lortat-Jacob. *Journal de Médecine de Paris*, 47e année, n° 36, 8 septembre 1927, pp. 711-714.

Revue générale dans laquelle l'auteur montre les nombreuses indications de la cryothérapie, la dermatologie, les techniques à employer, les résultats obtenus. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Nouvelle enquête sur la répartition du bouton d'Orient en Grèce. Un foyer continental en Laconie-Péloponèse, par G. Blanc et J. Caminopetros. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XCI, n° 9, septembre 1927, pp. 1002-1021, 3 fig.

Jusqu'à l'enquête menée par B. et C. on admettait que la leishmaniose cutanée n'existait en Grèce Continentale qu'à l'état sporadique ; les malades pensaient-on étaient généralement contaminés en Crète ou en Asie Mineure. En Crète, c'est une affection endémique avec trois foyers principaux qui sont les trois villes de La Canée,

Retymo et Candie. Les auteurs sont allés enquêter sur place, ont examiné un grand nombre de malades recueillant des observations intéressantes qu'ils publient. Elles leur permettent d'affirmer qu'il existe un foyer assez important dans le département de Laconie (Péloponèse), foyer autochtone probablement ancien et certainement antérieur à l'arrivée des réfugiés d'Asie Mineure en Grèce.

H. RABEAU.

Archives de Médecine des Enfants (Paris)

Tumeurs multiples sous-cutanées de difficile classification chez un nourrisson, par Fernando POZZO et Andres E. BIANCHI. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXX, n° 9, septembre 1927, pp. 529-536 (3 planches).

Il s'agissait de tumeurs arrondies de taille variable (noisette à œuf) mobiles sous la peau, de la consistance d'une orange mûre. Elles apparurent à la fin de la deuxième semaine de la vie et se développèrent jusque vers le septième mois. On donne alors du lactate de mercure. Six semaines plus tard la plupart des tumeurs ont disparu ; au milieu de son onzième mois l'enfant ne garde plus que des traces insignifiantes de la plus volumineuse des tumeurs.

Histologiquement on a trouvé un amas homogène de cellules conjonctives en réseau serré irrégulier, très riche en capillaires, qui n'est ni un fibrome, ni un fibronévrome, ni un lipome. Les auteurs estiment qu'il ne s'agit pas d'une forme atypique de maladie de Recklinghausen, ni d'aucune maladie connue. A. BOCAGE.

Lyon médical.

Sur la fréquence actuelle des syphilis arsénorésistantes, par L. M. BONNET. *Lyon Médical*, t. CXL, 4 septembre 1927.

L'auteur constate qu'il y a quelque chose de changé dans l'action brillante des arsénobenzols dans la cure des manifestations syphilitiques. Il y a, depuis un certain temps, une diminution de la constance d'efficacité du novarsénobenzol.

Cette progression de l'arsénorésistance se manifeste de plusieurs façons :

1° La fréquence plus grande des récidives précoces après un traitement arsénobenzolique ;

2° Plus souvent qu'autrefois des éruptions secondaires banales ne cèdent que lentement ;

3° Des injections de novarsénobenzol n'ont parfois aucune action ;

4° Enfin, l'on voit des accidents débuter en plein traitement.

A quoi attribuer cette éclosion d'arsénorésistance ?

B. n'incrimine pas le médicament, il admet que certaines souches de tréponèmes sont devenues plus ou moins arsénorésistantes. Parmi les multiples souches de tréponèmes, un certain nombre seulement ont acquis déjà l'arsénorésistance. Suivant qu'un sujet est inoculé

avec celles-ci ou celles-là, sa syphilis est, ou non, sensible au traitement arsénobenzolique.

B. envisage enfin l'importance pratique de ces faits et le moyen de parer à leurs conséquences fâcheuses. JEAN LACASSAGNE.

Bruxelles Médical.

Influence des rayons ultra-violets sur le bacille de Koch et la tuberculine, par J. DE NOBELE et F. DE POTTER. *Bruxelles Médical*, 7e année, no 46, 11 septembre 1927, pp. 1465-1468.

L'emploi très fréquent des U.-V. en thérapeutique a incité les auteurs à quelques recherches expérimentales, voici leurs résultats :

1o Action des U.-V. sur l'évolution de la tuberculose du cobaye. Les cobayes irradiés succombent en général plus tôt que les témoins.

2o Action des U.-V. sur le bacille de Koch. Action bactéricide nette. L'irradiation à 25 centimètres tue les microbes en 5 à 10 minutes, lorsque l'émulsion n'est pas trop dense. L'action est due aux rayons de courte longueur d'onde, il n'y a pas d'effet thermique.

3o Action préventive et curative des U.-V. sur la tuberculose expérimentale. L'irradiation préventive retarde légèrement le processus évolutif de l'infection tuberculeuse chez le cobaye.

4o Action des U.-V. sur l'infection par voie intra-cutanée. L'irradiation modifie la sensibilité à la tuberculine des cobayes ainsi infectés. Elle retarde l'apparition de la réaction positive ou l'atténue.

5o Action des U.-V. sur la tuberculine. Elle est peu marquée :

a) les substances précipitantes ne sont guère altérées ; *b*) le principe antigénique est très légèrement atténué ; *c*) quant à la substance responsable des manifestations cutanées, la réaction de von Pirquet ne permet pas de mettre en évidence une altération du pouvoir réactionnel de la tuberculine, alors que les intradermo-réactions montrent une atténuation dans certains cas. H. RABEAU.

Comment identifier les accidents syphilitiques d'après les caractères qui les différencient des affections non spécifiques, par R. BERNARD. *Bruxelles Médical*, 7e année, no 47, 18 septembre 1927, pp. 1498-1504.

B. a entrepris de schématiser sous forme de tableaux les éléments de diagnostic différentiel en matière de syphilis. Il lui a paru plus simple et plus pratique d'observer les accidents soumis à l'examen du médecin suivant qu'ils se présentent sur le revêtement cutanéo-muqueux ou qu'ils se révèlent sous forme de syndromes viscéraux. Des lésions banales peuvent être confondues cliniquement avec des accidents syphilitiques et inversement des accidents banaux peuvent survenir chez des spécifiques. Il faut savoir les différencier. Dans un tel travail on ne peut avoir la prétention d'être complet, il faut retenir les signes les plus fréquemment observés ; il s'agit avant tout d'une discrimination diagnostique. Ce sont des tableaux synoptiques au sens le plus strictement éthymologique. Dans ce mémoire B. montre les éléments de diagnostic différentiel du chancre syphilitique, d'après la lésion d'abord, d'après la localisation ensuite ; enfin dans un dernier

chapitre il montre les différents traitements à employer. L'auteur y apporte une clarté, une méthode qui rendent aisée et pratique la lecture de ces tableaux. Ils rendront à l'étudiant et au praticien de nombreux services, et le guideront dans un diagnostic si souvent difficile.

H. Rabeau.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Hérédité des empreintes digitales et des différences héréditaires des jumeaux univitellins (Erblichkeit der Tastfiguren und Erbverschiedenheit der Eineier), par Leven. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 36, septembre 1927, p. 1229.

Après avoir rappelé ou discuté les travaux de Siemens, de Christine, Bonnerie, Galton, Meirowsky et Grüneberg, L. conclut : les empreintes digitales sont des caractères idiotypiques, que des facteurs paratypiques pourraient modifier dans leur détail (anastomoses, variétés d'interstices, terminaisons), mais leur disposition générale (tourbillon, nœud, courbe) est héréditaire. Une identité complète entre univitellins n'existe pas. Les différences phénotypiques ne doivent pas être prises pour des différences paratypiques. L. Chatellier.

Recherches sur la théorie de la réaction à l'or dans le liquide céphalo-rachidien syphilitique (Untersuchungen zur Theorie der Goldsreaktion im Syphilitischen Liquor), par E. Bender. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 36, sept. 1927, p. 1249.

D'après Epstein, le liquide céphalo-rachidien syphilitique contient une substance à charge électrique +, qui adsorbe l'or et le flocule ; les albumines ne joueraient aucun rôle dans cette réaction. B. met en présence des substances à charge + et —, et constate avec les unes et les autres la négativation de la réaction : donc elle est indépendante de la charge électrique. Cette négativation s'accompagne chaque fois d'une réduction de la teneur en albumine. En remplaçant le liquide céphalo-rachidien par une solution de gélatine colorée au rouge neutre, B. trouve que le rouge neutre + a une action sur la suspension d'or, quand sa concentration dépasse celle de la gélatine. La combinaison albumine et rouge neutre n'est pas séparable par des substances adsorbantes, mais la gélatine se décolore quand la quantité d'adsorbant est suffisante pour s'unir à elle. L. Chatellier.

Un procédé pour obtenir une culture durable de gonocoques (Ein Verfahren zur Gewinnung von Gonokokken-Dauerkulturen), par W. Krantz, *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 36, sept. 1927, p. 1252, 2 fig. dans le texte.

Kaudiba a montré que le gonocoque sur agar-ascite se développe en large colonie quand l'ensemencement est fait en un seul point, et non sur toute la surface. K. emploie ce procédé en boîtes de Pétri et obtient de belles cultures qu'il conserva en renversant la boîte, dont le couvercle reçoit une solution de sublimé. L. Chatellier.

Sur les rapports entre la vulvite aphteuse et l'érythème noueux (Ueber

Beziehungen von Vulvitis aphtosa zu Erythema nodosum), par E. Schnabl. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 37, 10 sept. 1927, p. 1281.

Une femme syphilitique de 27 ans, présente une angine de Vincent (fuso-spirillaire), une vulvite aiguë d'aspect aphteux avec des spirochètes pallida et des streptobacilles, et un érythème noueux. Faut-il considérer l'érythème comme secondaire, ou primitif?

Ch. Audry.

Traitement de la syphilis précoce par le spirocid (stovarsol) (Spirozid behandlung bei Frühlues), par C. Bruck. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 37, 10 sept. 1927, p. 1287.

B. a traité par le spirozid (stovarsol) 45 cas en un an et demi, avec des résultats excellents, non seulement sur la présence du spirochète qui disparaît très vite, et sur les symptômes, mais encore sur la réaction de Wassermann. Mais il faut arriver à 90 tablettes pour obtenir une négativation sérologique sinon constante, du moins très fréquente. Peu d'accidents, toujours légers. Ch. Audry.

Récidives de syphilis après une période très longue de latence après une cure abortive (Rezidiv nach jahrelanger Latenz bei abortiv behandlung der Syphilis, par H. Hecht. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 37, 10 sept. 1927, p. 1291.

Un certain nombre d'auteurs ont admis qu'après une cure abortive, une sérologie négative persistant 8 mois permet d'affirmer une guérison. H. a vu les deux cas suivants : un homme est contaminé et traité (salvarsan ancien, calomel) en septembre 1911. Aucun accident. Sérologie constamment négative jusqu'en 1920 (six examens). En 1927, récidive sérologique totale, mort subite en 1927.

Un autre homme (chancre du menton) est traité en 1920. Jusqu'en 1926, aucun symptôme ni clinique, ni sérologique (trois examens par an). En 1927, accidents cutanéo-multiples, récidive de réaction de Wassermann, tous accidents extrêmement résistants à la thérapeutique.

(Les faits de H. Hecht ont été rencontrés par bien d'autres syphiligraphes ! N. d. T.) Ch. Audry

Deux cas de bubon climatique (Zwei Fälle von klimatischen Bubonen) (Lymphogranulomatosis inguinalis), par H. Schreus. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 38, 17 sept. 1927, p. 1315.

Il s'agit la maladie étudiée principalement en France pendant ces dernières années, mais qui a été signalées depuis longtemps dans d'autres pays principalement tropicaux. La maladie paraît rare en Allemagne, sauf peut-être dans la région rhénane. S. en donne deux cas observés, l'un au Brésil, l'autre à la clinique de Dusseldorf. Tantôt, le syndrome comporte des accidents généraux fébriles, tantôt il n'en comporte pas. Le cas brésilien était fébrile, l'autre (le malade venait de Belgique), non. Les recherches bactériologiques sont restées vaines. Les malades ont guéri par la glycérine iodoformée.

Ch. Audry.

Un cas de kératome disséminé næviforme (Brauer) [Ein Fall von Keratoma dissipatum næviforme (Brauer)], par L. N. Maschkilleison et I. Per. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 38, septembre 1927, p. 1309.

Chez un homme de 28 ans, sur le bord radial de l'avant-bras, du pouce et de l'index, lésions cornées en papules disséminées, rares sur les doigts, confluentes au niveau de l'articulation radio-carpienne, diminuant ensuite sur l'avant-bras. Aucun signe d'inflammation. Début 17 ans auparavant. Au microscope, hyperkératose énorme, avec zone de parakératose. Derme normal. Les auteurs rapprochent leur observation des cas publiés par Brauer et lui assigneraient volontiers une origine nævique, malgré le début tardif des lésions.

L. Chatellier.

Sur la présence de spores dans une affection à type pemphigus (Uber Sprosspilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen), par W. Engelhardt, *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 39, sept. 1927, 6 figures dans le texte.

Un cas de pemphigus chronique bénin, où l'aspect des lésions rappelle les formes pustuleuses des mycoses cutanées. Dans toutes les efflorescences, E. trouve par culture et coloration directe des corpuscules à forme de levure, dont il n'a pas pu déterminer exactement la nature. Déviation du complément, agglutination négatives dans le sang ; hémoculture aussi ; par la méthode de Ponndorf, E. reproduit des éléments identiques aux éléments éruptifs, et les attribue à une réaction allergique des téguments malades. Il pense qu'il s'agit d'une mycose à forme de pemphigus, comme en a déjà décrit Uhlmann.

L. Chatellier.

Un cas d'acné urticata avec polyglobulie (Ein Fall von Acne urticata polycythœmica), par Mestschanske, *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 39, sept. 1927, p. 1350, 1 fig. dans le texte.

La première observation de polyglobulie rouge avec eczéma est due à Werther (1924), la deuxième a Pick et Kaznelson qui lui donnent le nom employé par M. pour la troisième observation publiée. Dans le sang : 8 millions de globules rouges ; 21.000 globules blancs ; 116 o/o d'hémoglobine ; dans les urines : leucocytes, globules rouges. Sur la face, la tête, les oreilles, la poitrine et la nuque, efflorescences papuleuses portant au sommet tantôt une pustule, tantôt une escarre, et de couleur bleu-rouge. Sur la scrotum, le pénis et les jambes, éruption papulo-pustuleuse parfois confluente. Au microscope, inflammation banale.

L. Chatellier.

Quelques opinions sur syphilis et malaria (Einige Betrachtungen über Syphilis und Malaria), par H. Behdjet et Nazim Chakir, t. LXXXV, n° 39, septembre 1927, p. 1351.

S'appuyant sur leurs observations en Turquie, les auteurs concluent : Le nombre des cas de syphilis nerveuse dans un pays est inversement proportionnel au nombre et à la fréquence des cas de malaria. Il n'en est pas de même pour la syphilis cutanée, osseuse et

viscérale. Le traitement de la syphilis maligne du système nerveux par la malariathérapie est la seule méthode, en ce moment, à retenir. Les auteurs publient ensuite les opinions des personnalités médicales qu'ils ont interrogées, dans divers pays, sur la valeur de la malariathérapie, la dualité des tissus syphilitiques et l'influence des affections fébriles intercurrentes sur l'évolution de la syphilis.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (*Bonn-sur-Rhin*).

La spécificité de la réaction à la tuberculine (Die Spezificität der Tuberkulinreaktion) *Dermatologische Zeitschrift*, t. L, fasc. 7, septembre 1927, p. 4, 3 fig. dans le texte

De très petites quantités (0,1 mill. ou moins) de subtances extraites du bacille tuberculeux (bacilles broyés, vieille tuberculine, dyalisat de bacilles) provoquent des réactions positives seulement sur les tuberculeux, et jamais sur les individus sains. Les injections cutanées avec d'autres substances bactériennes (colibacille, dysenterie) donnent des réactions positives chez les uns et les autres également. Ces réactions, obtenues avec des doses appropriées, sont non spécifiques et répondent aux pseudo-réactions bien connues. Par injections de colibacilles broyés, on obtient une réaction histologiquement tuberculoïde, chez le tuberculeux comme chez l'homme sain, car l'organisme répond toujours par cette réaction à l'inoculation de toute substance lente à se résorber (bactéries, extraits hépatiques, graisses, corps étrangers). On ne doit donc comparer aux réactions à la tuberculine que des réactions aux filtrats microbiens. La vieille tuberculine ne provoque de réaction tuberculoïde que sur les tuberculeux, et non sur l'individu indemne de tuberculose. L. CHATELLIER.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'oblitération thérapeutique des varices (Experimentelles und Kliniches über Krampfaderverödung), par J. DÖRFFEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. L, fasc. 7, septembre 1927, p. 41, 2 fig. hors texte.

Comme solution oblitérante : solution NaCl à 30 o/o et de sucre à 50-60 o/o. Expérimentalement sur le chien, l'injection provoque au bout de 2-3 jours la prolifération active de l'endothélium, prolifération qui s'accompagne de thrombose fixe et en 12-14 jours d'oblitération totale de la veine par endophlébite. Sur l'homme, la réaction de l'endoveine est plus rapide et en 5-6 jours l'oblitération est faite. Le sel est plus rapide, mais plus douloureux que le sucre. L'embolie n'est pas à craindre comme l'explique l'histologie et le constate la clinique.

L. CHATELLIER.

Recherches sur l'infection syphilitique du lama (Ueber Versuche, das Lama mit Syphilis zu infiziden, par G. HOFFMANN et E. ZURHELLE, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 1, septembre 1927, p. 1.

L'inoculation à un lama a été négative, y compris les constatations microscopiques et le sérum de cet animal n'a montré aucune propriété spécifique. CH. AUDRY.

La valeur des recherches cliniques sur la 8e paire pour le diagnostic et le pronostic des lésions syphilitiques précoces du système nerveux central avec considérations sur le signe de Barany et ses rapports avec les altérations du liquide céphalo-rachidien (Die Bedeutung Klinischer Untersuchungen am achten Gehirnnerven für die Diagnose und Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Beranyschen Zeigeversuches und ihre Beziehungen zu Liquorveränderungen), par A. M. Memmesheimer et G. Theissing, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. I, septembre 1927, p. 17.

Dans la syphilis, atteinte précoce de la 8e paire, en particulier de sa portion vestibulaire, atteinte mise en évidence par le signe de Barany. Les lésions vestibulaires sont parallèles aux lésions du système nerveux central ; mais le signe de Barany est plus souvent et reste beaucoup plus longtemps positif que les réactions sérologiques dans le sang et le liquide. La valeur pronostique de ce fait est à déterminer. On ne doit pas toutefois oublier que les signes liquidiens et le signe de Barany se rapportent à des lésions différentes et ont leur valeur propre. Leur association doit retenir l'attention, car dans les lésions tardives du système nerveux central on les trouve réunis dans un très grand nombre de cas. L. Chatellier.

Sur la soi-disant spirochétose arthritique (Rister) (Beitrag zur sog. Spirochætosis arthritica (Rister)), par R. Frühwald. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, no 1, septembre 1927, p. 35.

Rister a décrit un syndrome constitué par : conjonctivite, polyarthrite et uréthrite non gonococcique. F. en donne une observation, et il en connaît 11 autres. Il y a là un vrai type morbide ; mais il ne paraît du tout établi que l'agent en soit le spirochète incriminé par Rister. Une infection staphylococcique était plus probable au moins dans 2 cas.

Ch. Audry.

Zentralblatt für innere Medizin (Leipzig)

Sur la connaissance et le diagnostic de la syphilis gastrique (Zur Kenntnis und Diagnose der Magensyphilis), par E. Gæbert. *Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie*, t. XL, fasc. 2, anal. *in Zentralblatt für innere Medizin*, t. XLVIII, n0 36, sept. 1927, p. 880.

Aux cas rares de rétrécissement gastrique par infiltration pariétale, s'opposent les cas plus fréquents d'infiltration gommeuse sous-séreuse de la région prépylorique, avec ulcération muqueuse caractéristique. Le diagnostic repose sur l'anamnèse, le jeune âge des malades, l'amaigrissement rapide dû aux vomissements répétés, les douleurs, la contracture dans la région pylorique, l'hypo- ou l'anacidité et la fréquence de R. W. positive. L'image radiographique diffère à peine de l'image du cancer pylorique ; les hémorragies occultes manquent le plus souvent dans la syphilis gastrique. Si le traitement spécifique échoue, il faut penser à la résection du pylore. L. Chatellier.

Fortschritte der Medizin (Berlin)

Fièvre dans la syphilis congénitale, par Verroti. *Il Policlinico,* n° 27, 1927, analysé *in Fortschritte der Medizin,* t. XLV, n° 35, 9 sept. 1927, p. 296.

La fièvre qui accompagne la syphilis congénitale est bien moins connue que celle de la syphilis acquise. V. en donne 10 observations. La fièvre peut survenir à tout âge, tantôt continue, tantôt intermittente, on l'a vue durer de 1 mois à 3 ans ; habituellement elle est associée à des lésions syphilitiques perceptibles, d'autres fois, non. Le retentissement de la fièvre sur l'état général semble dépendre plutôt des lésions associées que de l'hyperthermie. On l'a confondue avec de la tuberculose, de la malaria, de la fièvre de Malte, etc. Traitement spécifique (Ag-As). L'hypothèse pathogénique la plus probable est qu'il existe des foyers latents susceptibles de fournir des produits capables d'exciter les centres régulateurs de la température.

Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres)

Xanthome et hypercholestérinémie, par Ingram. *The British Journal of Dermatol. and Syphilis,* vol. XXXIX, nos 8-9, août-sept., p. 335.

D'une observation de xanthome chez une enfant, I. relève les faits suivants : cholestérinémie de 430 milligrammes pour 100 centimètres cubes, glycémie normale. Les injections d'insuline n'ont pas modifié le taux de la cholestérinémie. Insuccès du radium, guérison par la Finsenthérapie et la neige carbonique. Sur les coupes, on trouvait des glandes sudoripares dans l'intérieur des tumeurs, ce qui confirme l'hypothèse de l'élimination de la cholestérine par ces glandes et du rôle de celles-ci dans la pathogénie des xanthomes. S. Fernet.

Notes sur un cas d'hyperkératose et de pigmentation permanente consécutives à un traitement par la lampe de quartz (Notes on a case of keratosis and fixed pigmentary deposit following quartz light therapy), par Colguhoun. *The British Journ. of Dermatol. and Syphilis*, vol. XXXIX, nos 8-9, août-sept. 1927, p. 346.

Un malade de 27 ans, déjà pigmenté par l'héliothérapie, est soumis, pendant 18 mois, à deux séances par semaine de rayons ultra-violets. Un an après la cessation de ce traitement apparaissaient sur le dos et la poitrine des lésions hyperkératosiques, rugueuses, sèches, d'un diamètre d'un centimètre environ et fort nombreuses. En dehors de ces lésions, il y avait une pigmentation maculeuse, à limites nettes, d'une teinte très foncée, presque noire. L'examen histologique des lésions hyperkératosiques montra qu'il n'y avait aucune activité particulière dans les cellules profondes de l'épiderme ; on trouvait uniquement de l'hyper- et de la parakératose, une faible infiltration lymphocytaire du derme. Les lésions rappelaient donc les « kératoses solaires » qui sont fréquentes en Australie chez les individus âgés ayant passé leur vie au soleil.

La peau de ce malade fut abritée par des vêtements épais et on constatait, après un an, une diminution notable du nombre et de l'épaisseur des lésions hyperkératosiques. Dans cette observation, C. relève les points suivants : la longueur de la période qui s'est écoulée entre la cessation du traitement par les ultra-violets et l'apparition des lésions kératosiques, la possibilité de pousser la réaction cellulaires jusqu'à production de pigmentations fixes et de kératoses, l'amélioration des lésions après éloignement de la cause, alors que, en général, il est rare de voir disparaître spontanément des lésions hyperkératosiques. S. FERNET.

La recherche des cheveux teigneux au moyen de la lumière de Wood (The detection of ringworm hairs on the scalp by their fluorescence under ultra-violet light), par ROSEBURGH. *The British Journal of Dermatol. and Syphilis*, vol. XXXIX, nos 8-9, août-sept., 1927, p. 351.

R. a appliqué la méthode imaginée par Vigne et décrite par Margarot et Deveze. La fluorescence vive que prennent les cheveux teigneux à la lumière de Wood (rayons ultra-violets filtrés sur verre de Wood) constitue un procédé remarquable pour le dépistage des teignes au début, alors que quelques poils seulement sont pris et pour le contrôle de la guérison.

A défaut de lampe à rayons ultra-violets on peut se servir d'une petite lampe à arc comme celles qui existent dans le commerce pour les lanternes optiques. Le verre de Wood est coûteux, mais un petit morceau suffit; on doit le choisir foncé ou superposer deux verres clairs.

L'emploi de la lumière de Wood entraînera, peut-être, la faillite de l'épilation par l'acétate de thallium ; R. a souvent trouvé des cheveux infectés parmi ceux qui repoussaient. Il pense que la repousse est trop rapide après l'épilation par le thallium et que les nouveaux cheveux s'infectent avant que les anciens ne soient complètement tombés.

S. FERNET.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Les inoculations de malaria à la clinique psychiatrique de Vienne (Die Impfmalaria an der Wiener psychiatrischen Klinik), par J. WAGNER-JAUREGG. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XL, no 36, 8 septembre 1927, p. 1121.

W.-J. résume la pratique à laquelle il s'est arrêté après une expérience portant sur 2.000 traitements.

Sauf dans les cas désespérés, il traite à peu près tous les paralytiques généraux. Les dangers de la méthode sont extrêmement réduits, et la maladie extrêmement grave.

Habituellement, il coupe le paludisme (5 gr. de quinine en une semaine) quand le malade a présenté 8 accès fébriles; il laisse évoluer ces accès, sauf le cas où l'hyperthermie est trop violente, alors il donne un peu de quinine). Maintenant, il fait suivre la cure d'un traitement par le néosalvarsan (de 3,50, à 5 gr. en 6 semaines). Habi-

tuellement, une amélioration notable a lieu à ce moment. En cas de résultat insuffisant, il refait une seconde cure, et exceptionnellement une troisième. L'amélioration clinique et celle des réactions sériques (sang et liquide céphalo-rachidien) ne sont pas parallèles ; la première est bien plus précoce que les autres qui se font attendre des mois et des années, et sont très variables, tantôt totalement guéries, tantôt immobiles. CH. AUDRY.

Progrès thérapeutiques en Dermatologie et Vénéréologie (Therapeutische Fortschritte auf dem Gebiet der Haut-und Geschlechlskrankheiten), par P. W. KERL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 40e année, n° 37, septembre 1927, p. 1165.

Revue générale sur le traitement de la blennorrhagie par la trypaflavine, de la paralysie générale et des syphilis nerveuses par la malariathérapie et des varices par les injections sclérosantes. Rien de nouveau. L. CHATELLIER.

Sur l'utilisation pratique de quelques réactions de louchissement et de précipitation (Ueber die praktische Brauchbarkeit einiger Trübungs- und Flockungs-Reaktionen), par H. GROSS. *Wiener klinische Wochenschrift*, 40e année, n° 39, septembre 1927, p. 1223.

1.500 sérums ont été examinés par la réaction de Wassermann, les réactions de Sachs-Georgi, de Brück, de Dold et de Meinicke. Parmi les réactions de floculation, G. donne la préférence à la réaction de Dold à cause de sa spécificité et de ses avantages techniques (emploi de sérums chauffés et d'eau salée à 0,8 50/0). En somme, concordance entre la réaction de Wassermann et ces réactions dans 95 0/0 des cas. G. recommande l'emploi de plusieurs réactions dans les cas difficiles ou douteux. L. CHATELLIER.

Revista Medica Gallega (Santiago de Galicie)

Syndrome hémorragique par leucémie aiguë au cours d'un traitement antisyphilitique, par DELPHIN ROLDÁN TAPIA, *Revista medica Gallega*, ano 7, septembre 1927, n° 9, p. 266.

Un malade présentant une récidive chancreuse du type de celles que Thalmann appelle des syphilides secondaires solitaires ou papules chancriformes, précisément au même endroit où se trouvait un chancre syphilitique en 1921, reçoit 15 centigrammes de néosalvarsan, puis deux doses de 30 centigrammes et 3 injections de succinate de bismuth de 30 centigrammes.

L'apparition d'un syndrome hémorragique très grave fait interrompre le traitement (épistaxis nécessitant un tamponnement, purpura, gengivorragies, hématurie totale, etc...).

Des algies intolérables et des adénopathies volumineuses avec gonflement des amygdales et hypertrophie de la rate complètent le tableau clinique. La température oscille entre 38° et 39°. On compte de 120 à à 140 pulsations.

Les anamnestiques familiaux ne permettent pas de penser à de

l'hémophilie ; par contre, l'examen du sang impose le diagnostic de leucémie du type lymphoïde.

Malgré l'emploi de la méthode de Nolf (une seule injection intramusculaire de peptone de Witte peut être pratiquée), la mort survient au bout de 10 jours.

L'auteur pense que le syndrome est la conséquence d'un état leucémique antérieur et que les injections de néosalvarsan et de bismuth ne doivent pas en être rendues responsables

Archives of Dermatology and Syphilis (*Chicago*).

La pigmentation mélanique, par Becker. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVI, n° 3, sept. 1927, p. 259, 8 fig.

Travail de la clinique dermatologique du prof. Bruno Bloch. B. expose les acquisitions récentes sur la production, la disposition, la recherche du pigment mélanique dans la peau et les muqueuses et s'attache tout particulièrement à l'étude des cellules dendritiques pigmentées de l'épiderme. Grâce aux colorations argentiques et surtout à la dopa-réaction qui permet de différencier les cellules capables de produire du pigment, B. a pu établir quelques faits nouveaux.

Il a constaté la présence de cellules dendritiques dans la peau de toutes les régions du corps. Ces cellules paraissent donc exister normalement dans la couche basale de l'épiderme. Leur proportion varie suivant les régions ; B. en a trouvé dans 25 o/o des coupes de peau de l'abdomen et de la poitrine, dans 67 o/o des coupes de la face inférieure du gros orteil, dans 21 o/o des coupes de pharynx, dans 70 o/o des coupes de la muqueuse buccale, dans 79 o/o des coupes de prépuce. Leur morphologie et leur richesse en pigment varient suivant les régions ; dans certains cas elles ne paraissent pas contenir de pigment mais sont cependant dopa-positives, contiennent, par conséquent, de la dopa-oxydase et peuvent produire du pigment. Leur nombre n'est pas en rapport direct avec la pigmentation macroscopique, ce qui prouve que celle-ci n'est pas toujours l'expression d'une grande activité pigmentaire. L'origine et la nature des cellules dendritiques restent inconnues : il semble qu'elles se différencient sous l'influence d'une impulsion active à la formation de pigment. B. a opéré sur un matériel d'autopsie qui, on le sait, est peu favorable à la dopa-réaction, il pense donc, dans ses pourcentages, être au dessous de la réalité.

Les muqueuses, à l'état normal, contiennent du pigment. B. en a trouvé sur 79 o/o de coupes de muqueuse buccale, sur 93 o/o des coupes de la face interne du prépuce, sur 100 o/o des coupes de capuchon clitoridien, sur 21 o/o des coupes de pharynx. La muqueuse œsophagienne ne contient pas de pigment. Dans les muqueuses, la proportion respective des cellules pigmentaires dendritiques et non dendritiques est variable suivant les régions et suivant les cas ; parallèlement à elles, on trouve des chromatophores dans le derme.

S. Fernet.

Granuloma coccidioïdes, par Guy et Jacob. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVI, nº 3, sept. 1927, p. 308, 1 fig.

A la suite d'une piqûre d'épine de cactus, un homme de 36 ans, tuberculeux avéré, présenta un phlegmon de la main, qui fut incisé, puis des nodules sous-cutanés échelonnés au bras, à l'épaule, aux genoux, à la cuisse. Ces nodules s'abcédèrent et firent des ulcérations persistantes à sécrétion purulente caséeuse. Le pus contenait du *Coccidioïdes immitis* et les inoculations aux cobayes furent positives. La médication iodurée étant restée sans effet, on fit à ce malade des injections intraveineuses de 1 à 7 centimètres cubes de tartre stibié à 1 o/o et, localement, de la radiothérapie. Il fallut quatre mois pour obtenir une guérison apparente, après laquelle il y eut récidive. Une nouvelle série d'injections enraya à nouveau les accidents.

Etant donnée la gravité habituelle de la blastomycose à coccidies et sa résistance à toute thérapeutique, le succès obtenu par le tartre stibié a justifié la publication de ce cas. A noter que ce traitement n'a pas aggravé la tuberculose de ce malade. S. Fernet.

Archivio italiano di dermatologia, sifiligrafia e venereologia (Bologne).

Dystrophie chronique de la peau à type d'épidermolyse bulleuse (Travail de la Clinique Dermo syphiligraphique de Catane, dirigée par le Prof. Verrotti), par Pasquale Longo. *Archivio italiano di dermatologia, sifiligrafia e venereologia*, vol. II, fasc. 6, août 1927, p. 449, 5 figures.

L'auteur étudie trois cas de cette affection cutanée, qui, dit-il, a reçu autant de noms qu'il y a de médecins différents qui l'ont étudiée. En France elle est plutôt connue sous le nom de « pemphigus successif à kystes épidermiques » qui lui a été attribué par M. Brocq. Les descriptions cliniques et anatomo-pathologiques données par l'auteur reproduisent sans différences importantes celles que l'on trouve dans les Traités de Dermatologie : apparition de bulles à contenu séreux ou séro-hématique survenant sous l'influence du traumatisme le plus léger ; plaques rouges cicatricielles consécutives ; efflorescences punctiformes de coloration nacrée, saillantes, de consistance dure.

Au point de vue histologique, l'épiderme apparaît sur les coupes comme détaché du derme ; ce dernier a perdu ses papilles et sa limite supérieure se présente comme une ligne à peine ondulée. L'encastrement des deux couches l'une dans l'autre n'existant plus, on conçoit que leur cohésion normale fasse défaut. Dans le *stratum spinosum*, on aperçoit de petits groupes de cellules disposées concentriquement, qui font penser à la possibilité d'un noyau d'origine des kystes cornés, qui ne seraient autre chose que des globes épidermiques kératinisés au centre et entourés d'une enveloppe conjonctive.

Parmi les trois cas décrits par l'auteur, il y en a deux qui se rapportent à deux enfants, frère et sœur, de 14 et 9 ans, appartenant à une famille de douze enfants dont cinq ont présenté le même trouble cutané.

Mais on ne trouve rien de semblable chez les ascendants : si donc la maladie est familiale elle n'est pas héréditaire. Elle est apparue très peu de temps après la naissance et n'a cessé d'évoluer par poussés successives, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. L'état général ne s'en est jamais ressenti et ne laisse rien à désirer.

Le troisième cas est celui d'un marin de 29 ans, chez qui la maladie débuta à 18 ans, presque en même temps qu'il venait de contracter la syphilis, sans qu'on puisse dire laquelle des deux maladies a précédé l'autre. Ce malade offrait un aspect assez caractéristique, parce que ses téguments offraient une pigmentation brune très accentuée, non seulement sur les parties découvertes, mais sur tout le corps, « comme un Maure », et les phlyctènes avaient laissé des cicatrices atrophiques blanches, qui tranchaient fortement sur ce fond noirâtre.

La coloration brune de la peau suggère à l'auteur l'hypothèse d'un état d'hyposurrénalisme, qui tiendrait sous sa dépendance, aussi bien la pigmentation que le trouble trophique cutané. Il lui parut donc logique comme corollaire de cette hypothèse, de soumettre le malade à la médication adrénalinique. On lui fit prendre chaque jour deux fois dix gouttes de la solution d'adrénaline au millième. Ce traitement fut suivi pendant quatre mois, avec des périodes de repos. Il amena la disparition des bulles, qui ne se reformèrent plus, bien que le malade n'ait pas cessé de continuer son métier de marin, qui l'expose à de fréquents traumatismes...

Dans ce dernier cas, il n'y avait pas de kystes épidermiques ; les ongles ne présentaient que de légères altérations, alors que chez les deux enfants ils étaient atrophiés et disparus.

Ces trois observations montrent donc qu'il existe deux formes de l'épidermolyse bulleuse : forme congénitale et forme acquise. Il existe bien, à la vérité, quelques différences entre les deux premiers cas et le troisième, mais elles ne portent que sur des caractères accessoires. C'est ainsi que les kystes cornés n'appartiennent pas spécialement à cette maladie, mais sont un mode évolutif assez fréquent dans d'autres dermatoses bulleuses.

La pathogénie de cette affection est obscure ; il ne semble pas qu'elle puisse s'expliquer seulement par les dispositions histologiques normales. On a imaginé des théories trophoneurotiques, angiopathiques, toxiques : en injectant le liquide contenu dans les bulles, on provoquerait la formation de bulles.

L'auteur se rallierait plutôt à la théorie toxique en lui donnant une large compréhension, c'est-à-dire que l'épidermolyse bulleuse pourrait être provoquée par toutes les substances anormales provenant, soit de l'imperméabilité rénale, soit des défauts d'oxydation, soit des fermentations intestinales, soit des troubles de fonctionnement des glandes vasculaires sanguines ou des glandes à sécrétion interne.

C'est à cette dernière pathogénie à laquelle vont les préférences de l'auteur, peut-être sous l'influence de la mode, dit-il. En tout cas, chez son troisième malade, l'adrénaline semble avoir été efficace. Et il cite aussi un cas de Hudelo et Monlaur, qui ont obtenu également de bons

résultats par l'opothérapie (Suit une abondante bibliographie de six pages). BELGODÈRE.

De la syphilis de la prostate, par GIOVANNI PINI. *Archivio italiano di dermatologia, sifiligraphia e venereologia*, vol. II, fasc. 6, août 1927, p. 477.

Une localisation peu fréquente ou du moins peu souvent diagnostiquée du spirochète de Schaudinn est la localisation prostatique. On n'en compte guère qu'une trentaine de cas dans la science, la plupart reconnus indirectement par les résultats de la cure antiluétique.

Les symptômes sont toujours à peu près les mêmes : pollakiurie, dysurie, douleurs, prostate volumineuse, dure, ligneuse. Presque toujours, on fait le diagnostic de tumeur, d'abcès, on se prépare à une intervention chirurgicale. Mais, la notion d'antécédents spécifiques avoués, ou bien une réaction de Wassermann positive, ou bien le refus de l'opération font tenter une thérapeutique d'attente et l'on a la surprise de voir le traitement spécifique amener une telle amélioration que le diagnostic s'oriente vers la prostatite syphilitique. L'augmentation de volume de la prostate porte le plus souvent sur le lobe médian, mais les lobes latéraux peuvent être atteints et même les vésicules séminales peuvent être englobées dans la masse indurée, qui présente des nodosités, des bosses dures et douloureuses. Bien que Neumann et Duhot aient décrit des processus prostatiques secondaires, ce fait est mal établi et presque toujours il s'agit de lésions gommeuses soit à la phase de néoformation soit à la phase dégénérative. Dans ce dernier cas, la symptomatologie est un peu différente et on constate des points de ramollissement, des ulcérations vésicales, des hématies et des globules blancs dans les urines.

Il peut y avoir aussi des associations pathologiques de tumeur ou d'infection qui compliquent encore le tableau clinique.

L'auteur rapporte ainsi deux cas de sujets qui présentaient une symptomatologie pouvant se résumer dans l'ensemble aux manifestations que nous venons d'indiquer. Dans un des deux cas cependant, il y avait en outre des phénomènes infectieux aigus, avec élévation de température à 40, rétention d'urine, ténesme, bref, un tableau clinique d'abcès prostatique. Cette complication était due, comme le prouvèrent les cultures, à une infection staphylococcique concomitante, qui céda à des injections de vaccin staphylococcique, après une rechute compliquée d'orchite et de funiculite. En raison de la notion d'antécédents luétiques, les deux malades furent soumis à des injections de benzoate Hg. Dans les deux cas, outre la disparition rapide des troubles fonctionnels et généraux, on vit la prostate diminuer rapidement de volume, sa surface se régulariser et sa consistance s'assouplir.

L'auteur termine par ces conclusions :

1° Dans les cas de tumeurs ou de bosses prostatiques dures chez des sujets syphilitiques en période tertiaire, il est logique de suspecter la syphilis et de recourir au traitement spécifique.

2° Lorsque ces mêmes signes s'observent chez des sujets sans anté-

cédents syphilitiques connus, il est recommandable de faire la séro-réaction et même de la réactiver.

3° La syphilis prostatique, si elle n'a pas de symptômes propres bien nets, présente cependant de petites particularités cliniques qui peuvent la faire suspecter.

4° Il n'est pas rare que la syphilis de la prostate soit associée à des infections d'autre nature (gonocoque, bacille de Koch). Le diagnostic dans ces cas est difficile, demande une discussion serrée des signes cliniques et en dernière analyse le traitement d'épreuve.

BELGODÈRE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Peau et immunité dans la tuberculose. Importance de cuti-vaccins dans le traitement de la tuberculose cutanée (Travail de la Clinique Dermo-Syphiligraphique de Gênes, dirigée par la Pr. Radaeli), par ALESSANDRO RADAELI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia.* Vol. LXVIII, année LXII. Fasc. IV, août 1927, p. 1181.

La question de l'immunité antituberculeuse est un des problèmes actuels les plus complexes dont ait à s'occuper la pathologie générale. Pour examiner ce problème même à un point de vue particulier, il est indispensable d'avoir présentes à l'esprit certaines notions fondamentales. La pierre angulaire est le *phénomène de Koch*, qui n'est autre chose que l'expression d'une augmentation de sensibilité de l'organisme vis-à-vis du matériel spécifique.

Par cette hypersensibilité, l'organisme a donc acquis une résistance plus grande à l'infection ; l'hypersensibilité serait donc le mécanisme par lequel s'acquiert l'immunité.

Désormais, l'organisme touché par une première atteinte réagira à une nouvelle infection par une réaction générale, une réaction locale et une réaction de foyer. Si l'on injecte à une vache saine une culture de bacilles virulents, elle meurt rapidement de tuberculose aiguë ; au contraire, la même injection faite à une vache qui réagit à la tuberculine, c'est-à-dire atteinte de foyers tuberculeux latents, provoque seulement quelques réactions passagères.

En clinique humaine, on a constaté que dans les grandes agglomérations, la proportion des cuti-réactions positives atteignait 88 o/o. Ainsi s'explique la fréquence de la tuberculose pulmonaire chronique, les formes aiguës survenant seulement chez les rares sujets indemnes de toute tare antérieure. C'est également pour cette raison que la tuberculose aiguë s'observe surtout chez les jeunes.

Les modalités cliniques diverses de la tuberculose trouvent aussi une explication rationnelle dans les divers degrés de l'immunité. On connaît à cet égard les conceptions de Ranke, qui a cherché à établir un parallélisme entre la syphilis et la tuberculose et a divisé l'évolution tuberculeuse en périodes primaire, secondaire, tertiaire.

La période primaire (*primær complex* des auteurs allemands) est constituée par la lésion initiale et par son retentissement sur le système ganglionnaire correspondant.

La période secondaire, qui est la phase d'hypersensibilité et d'anaphylaxie, est caractérisée par les formes aiguës des sujets jeunes.

La période tertiaire correspond à la tuberculose pulmonaire chronique classique ; l'organisme sensibilisé réagit par des processus exsudatifs et prolifératifs, par la formation de foyers caséeux et scléreux.

Mais quelle est la nature intime de l'état d'hypersensibilité acquis ainsi par l'organisme qui a résisté à une première atteinte? La découverte dans le sang des tuberculeux d'anticorps déviant le complément a suggéré à Wassermann et Bruck l'hypothèse de l'existence dans le sang d'une antituberculine. Les deux substances antagonistes, *tuberculine* et *antituberculine* réagiraient l'une sur l'autre, et les phénomènes cliniques et anatomo-pathologiques observés ne seraient qu'un effet de cette réaction, l'expression *in vivo* de la fixation du complément.

On a voulu aussi faire des rapprochements entre l'hypersensibilité et l'anaphylaxie et même expliquer l'immunité par l'anaphylaxie. L'auteur combat cette opinion. Pour lui, l'essence de cette hypersensibilité et par suite, le mécanisme de l'immunité restent obscurs.

Si immunité et hypersensibilité sont synonymes, on pourrait peut-être provoquer expérimentalement l'hypersensibilité et réaliser ainsi l'immunité.

Divers auteurs (Vaudremer, Boquet et Nègre, etc...) ont pensé pouvoir y parvenir avec un antigène inerte, en injectant des bacilles morts.

Cette conception est combattue par d'autres (Selter et Geshke) pour lesquels l'allergie ne peut être développée que par injection de bacilles virulents.

Enfin, on a démontré que hypersensibilité et immunité ne sont pas synonymes ; ce sont deux états distincts ; il peut y avoir dissociation des deux phénomènes.

On explique cette dissociation de la manière suivante : l'hypersensibilité ne serait pas une réaction spécifique, ce serait une réaction protéinique susceptible d'être provoquée au besoin même par des albumines banales (En effet, le phénomène de Koch peut être provoqué par injection de certains bacilles non spécifiques, dits paratuberculeux). Au contraire, l'immunité serait due à des substances nettement spécifiques appartenant en propre au bacille tuberculeux et qui n'ont pu encore être identifiées.

A l'étude biologique de l'immunité et de l'hypersensibilité se relie étroitement le problème de la thérapeutique spécifique active de la tuberculose, *c'est-à-dire le problème d'augmenter les pouvoirs de défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse.*

Le vaccin B. C. G. de Calmette-Guérin semblerait avoir résolu le problème, puisqu'il consiste dans l'administration de bacilles *vivants*, qui ont perdu leurs propriétés tuberculigènes tout en conservant leurs propriétés antigènes. Mais ce vaccin fait encore l'objet d'études qui ne permettent pas une conclusion définitive.

Pratiquement, à l'heure actuelle, pour faire une thérapeutique antituberculeuse active, il faut recourir à la tuberculine, ou aux bacilles morts, ou aux substances qui en dérivent.

Mais en réalité, la tuberculine n'a pas un pouvoir antigène ; son emploi ne saurait donc être considéré comme une vaccinothérapie. Elle agirait en déterminant dans l'organisme du tuberculeux des réactions phlogistiques qui favorisent la mise en œuvre des défenses naturelles de l'organisme. Autrement dit, ce serait l'hypersensibilité qui entrerait en jeu comme facteur thérapeutique et non l'immunité.

Après avoir joui d'une grande vogue et fait naître de grands espoirs, la tuberculine avait été délaissée à cause des réactions violentes et dangereuses qu'elle occasionne. Récemment, divers auteurs (Pasini, Janselme et Burnier, Milian et Perin) en ont repris l'emploi à doses minimes et prudentes, avec des résultats encourageants.

Les notions nouvelles sur l'importance de la peau dans le mécanisme de l'immunité et comme agent d'élaboration d'anticorps devaient faire orienter dans ce sens le problème de la thérapeutique spécifique de la tuberculose. On s'est demandé, selon les vues de Besredka, si, dans la tuberculose, on ne pouvait démontrer une affinité du bacille pour un organe donné de l'économie. Pour la tuberculose, comme pour d'autres maladies, on a cru pouvoir fixer l'attention sur la peau comme organe de grande importance dans l'établissement des phénomènes d'immunité.

C'est ainsi que dans ces derniers temps on a cherché à remettre en honneur le vaccin de Maragliano, en l'utilisant pour des vaccinations intracutanées. On a cherché à utiliser aussi le vaccin de Ponndorf, formé de corps bacillaires morts, comme celui de Maragliano.

Enfin, au lieu de vaccinations intracutanées, on a cherché à utiliser la simple friction au moyen de produits tuberculeux incorporés à des pommades.

Telles sont la *dermatorubine* de Lawenstein, le *linimen* de Petruchky, l'*Ektebin* de Moro (1). Cette dernière est la plus employée. Elle est formée de tuberculine et de bacilles tuberculeux morts, incorporés à de la lanoline anhydre à laquelle on a ajouté une substance kératolitique destinée à favoriser la perméabilité de la peau.

Ces divers produits ont été expérimentés dans ces dernières années par de nombreux auteurs. Si les uns en vantent l'efficacité, d'autres par contre estiment que leur action est seulement une action tuberculinique avec ses inconvénients et ses dangers, aggravés de ce fait que les frictions ne permettent pas un dosage rigoureux comme la voie hypodermique.

Dans ces dernières années, l'A. s'est appliqué à cette étude de la cuti-vaccination anti-tuberculeuse, soit avec le cuti-vaccin de Maragliano, soit avec l'Ektebin de Moro. Il a expérimenté la pommade de Moro sur 45 malades atteints de différents types de tuberculose cutanée et ses recherches lui permettent de tirer les conclusions suivantes :

(1) Préparée par Merck.

1. La sensibilité cutanée à la tuberculine est complètement indépendante du mode de réaction des placards de tuberculose cutanée aux agents physiques.

Certains sujets à cuti-réaction positive réagissent très favorablement aux traitements physiques (Rœntgen, radium, Kromayer, neige carbonique), tandis que d'autres qui présentent un même degré d'allergie ne sont que fort peu améliorés. Inversement, des sujets à cuti-réaction très faible réagissent tantôt bien, tantôt mal.

2. Le traitement des placards lupiques par les moyens physiques ne semble exercer aucune action modificatrice sur l'état allergique. Les cuti-réactions pratiquées avant et après ces traitements, ont donné des résultats contradictoires.

3. La peau, sous l'influence des frictions de matériel tuberculeux (pommade Ektebin) réagit par l'apparition d'éruptions papuleuses, tantôt de type inflammatoire banal, tantôt de type nettement tuberculeux. Ces éruptions peuvent apparaître, soit au point frictionné, soit à distance. On peut voir aussi se manifester des éruptions généralisées de type aigu. On peut voir des éruptions de *lichen scrofulosorum* antérieures à la friction subir des poussées extensives.

4. Dans la moitié des cas environ, on voit sous l'influence du cuti-vaccin, la tuméfaction des placards lupiques s'atténuer, les nodules spécifiques devenir plus isolés, et quelques-uns se résorber. Mais le plus souvent, les modifications ainsi obtenues sont temporaires; parfois, peu de mois après le cycle de traitement, on observe un retour aux conditions initiales. On n'observe aucun rapport entre l'intensité, la durée et l'étendue de la réaction de la peau au cuti-vaccin et l'amélioration des foyers lupiques.

5. Dans la plupart des cas, on a l'impression que le traitement par le cuti-vaccin rend les placards lupiques plus sensibles aux cures ultérieures par les agents physiques. Toutefois cette sensibilisation s'épuise rapidement et ne peut aboutir à des améliorations appréciables.

6. Les zones cutanées qui ont été soumises aux frictions d'Ektebin, soumises ensuite à la cuti-réaction, ne se montrent pas hyperergiques par rapport aux zones non traitées. Ces recherches ont en outre montré que la peau du tronc réagit d'une manière plus précoce et parfois aussi plus forte que la peau des membres. Cette différence semble pouvoir être attribuée, au moins en partie, à une différence du tonus du système nerveux autonome.

7. Un traitement par le cuti-vaccin ne détermine pas constamment une augmentation des anticorps déviant le complément.

De ces conclusions, l'auteur croit devoir tirer cette conclusion générale : il ne peut partager l'optimisme de certains qui ont vu dans l'introduction par la voie cutanée de matières spécifiques, le moyen le plus sûr de déterminer une augmentation des défenses organiques vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

L'indépendance constatée entre l'hypersensibilité à la tuberculine et le mode de réaction des placards de tuberculose cutanée ; l'absence

de modifications nettes de l'état allergique à la suite de traitements prolongés par les agents physiques ; l'action limitée et temporaire des cuti-vaccins sur les placards lupiques; l'absence de relation entre l'intensité de la réaction locale aux frictions de pommade à la tuberculine et l'amélioration des foyers lupiques, voilà de nombreuses raisons qui ne permettent pas de fonder de grands espoirs sur l'avenir du procédé de traitement qui a fait l'objet de cette étude.

Bibliographie. — Cet important mémoire est suivi d'une abondante bibliographie de six pages. Belgodère.

Acta Dermatologica (Tokyo).

Etudes bactériologiques de l'impétigo. II. Impétigo albostaphylogenes de Dohi et impétigo de Bockhardt (Bacteriological studies of impetigo. II. Impetigo albostaphylogenes Dohi and Impetigo Bockhardt), par M. Aochi. *Acta Dermatologica*, vol. X, fasc. 3, sept. 1927 p. 317.

Les staphylocoques blancs, provenant de l'impétigo de Dohi, ont comme caractères : coagulation du lait, liquéfaction de la gélatine, formation d'hémolysine, agglutination spécifique, coagulation du plasma sanguin, toxicité pour la souris et formation d'acide aux dépens du sucre. Les agents de la décomposition sucrée ne sont que les staphylocoques pathogènes « Honkei ». Ils agissent sur le mannose, la tréhalose, la mannite, le galactose et le lactose, mais non sur l'arabinose, la raffinose et la salicine. Les staphylocoques de l'air ont des caractères tout différents et il n'y a pas de caractères communs aux diverses souches. La plupart de ces cocci appartiennent au groupe saprophytique de Yoshioka. Parmi les staphylocoques provenant de l'impétigo de Bockhart, on trouve les staphylocoques pathogènes « Honkei » et « Ikei » et les staphylocoques saprophytiques de Yoshioka : ils sont donc peu pathogènes. L. Chatellier.

Modification du métabolisme lipoïde dans le sang des lapins atteints de cancer du goudron (The change of lipoïd metabolism in the blood of rabbits having far-epitheliom), par T. Shimoda. *Acta Dermatologica*, vol. X, fasc. 3, sept. 1927, p. 334.

Dosage de la cholestérine sanguine par la seconde méthode de Bloor, sur des lapins traités par le goudron. Les animaux dont la cholestérine est égale ou inférieure à la normale n'ont aucune tendance à la prolifération maligne des tumeurs. Quand ils présentent de la cholestérinémie, les tumeurs végètent rapidement, et on constate une légère diminution de la cholestérine au moment de la dégénérescence maligne du cancer, avec dénutrition. La graisse sous-cutanée n'augmente pas parallèlement à la cholestérine. A la période de dégénérescence carcinomateuse, les granulations graisseuses des couches épidermiques augmentent notablement. L. Chatellier.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

De la valeur prophylactique des injections de nitrate basique de Bismuth, par Sonnenberg. *Przeglad dermatol.*, t. XXII nº 3, 1927, p. 241.

Lorqu'on injecte du Bi dans les muscles, on peut constater par la radiographie que les dépôts bismuthiques se résorbent en 6 semaines environ. Le taux d'absorption du Bi est donc proportionnel au nombre d'injections qui ont été pratiquées dans le courant des 6 semaines précédentes.

Après une série habituelle d'injections, l'organisme absorbe simultanément le Bi de tous les foyers et ce n'est que lorsque les premiers en date se tarissent que le taux d'absorption diminue parallèlement.

Pour juger de la valeur prophylactique du Bi, S. a fait, pendant près d'un an, des injections hebdomadaires de 1 cc. 1/2 d'une suspension de nitrate basique de Bi à 10 p. 100 à 60 prostituées, indemnes de syphilis. En raison des constatations précédentes, ces femmes ont donc été maintenues pendant 8 mois sous l'action constante et régulière d'une absorption bismuthique correspondant à la résorption simultanée de 6 foyers, continuellement renouvelés, au fur et à mesure de leur tarissement.

Sur ces 60 femmes, 2 seulement furent contaminées à une époque remontant aux toutes premières injections. Pendant les mois qui suivirent, on ne constata aucune nouvelle contamination. Après 8 mois, lorsqu'on interrompit le traitement prophylactique, les femmes furent maintenues à l'hôpital à l'abri des contaminations : aucun cas de syphilis ne se révéla chez elles et on put écarter l'hypothèse d'infections retardées.

50 autres prostituées, également indemnes de syphilis, avaient été suivies parallèlement ; en trois mois, on relevait parmi elles 20 cas de syphilis.

Le Bi est donc capable de réaliser la prophylaxie de la syphilis ; ce fait n'a, cependant, qu'une valeur théorique, ne pouvant, tout au moins sous cette forme, prétendre à une application pratique.

S. Fernet.

L'acétate de thallium comme agent d'épilation, par Lenartowicz. *Przeglad dermatologiczny*, t. XXII n° 3, 1927, p. 256.

L'épilation par l'acétate de thallium dans le traitement des teignes fait l'objet de nombreux travaux étrangers. On a conclu d'expériences faites sur les animaux que son action se faisait par l'intermédiaire du sympathique et des glandes endocrines ; son action locale est nulle, sauf lorsqu'il est absorbé par la peau ; au moment de la chute des poils, les follicules pileux ne sont pas modifiés histologiquement ; les poils repoussent normalement 10 à 14 jours après leur chute.

On donne habituellement 0 gr. 008 d'acétate de thallium par kilo de poids, en une fois. Les intoxications se manifestent par des malaises divers : de la dyspnée, de la sécheresse de la bouche et surtout par des névralgies des pieds. Celles-ci peuvent être calmées par des injections de 0 gr. 01 de pilocarpine mais la sédation de la douleur ne dure que quelques heures. Sur 14 enfants traités, L. a observé des névralgies trois fois. Toutes les manifestations toxiques sont beaucoup plus

fréquentes chez les adultes, ce qui s'explique par le mécanisme sympathico-endocrinien du thallium.

Alors que chez les enfants on peut recourir à ce mode de traitement sans appréhensions, chez l'adulte, il est préférable de ne donner que la moitié de la dose habituelle et de faire simultanément des applications de rayons X de la moitié de la durée habituelle ; cette technique donne aussi une épilation complète. S. FERNET.

La malaria-thérapie associée au traitement spécifique dans la syphilis au début (Wspotleczenie zimnica kily wczesnej), par WALTER. *Przeglad dermatol.*, t. XXII n° 3, 1927, p. 281.

La malaria-thérapie, associée au traitement spécifique au début de la syphilis, a pour but de réaliser un traitement prophylactique des accidents nerveux tardifs. Elle paraissait être particulièrement indiquée dans les cas où il existe, dès la période secondaire, des manifestations méningées, cliniques, cytologiques ou sérologiques et dans ceux où la réaction de Bordet-Wassermann est irréductible. C'est donc à 20 malades de cette catégorie que W. a inoculé le paludisme. L'inoculation était précédée et suivie de traitements spécifiques intensifs.

De même que quelques autres expérimentateurs étrangers, W. a constaté, dans la majorité des cas, une diminution de la lymphocytose et de l'albuminose ; la réaction de Bordet-Wassermann n'a souvent pas été modifiée. Le recul n'est pas suffisant pour pouvoir juger de l'avenir de ces malades au point de vue des accidents nerveux tardifs, mais rien jusqu'à présent, ne paraît montrer sa supériorité sur les traitements habituels. W. cite une observation particulièrement décevante dans laquelle il y eut récidive d'accidents cutanés et muqueux cinq mois après l'inoculation du paludisme, dont on avait laissé évoluer 12 accès fébriles et qui avait été précédé et suivi de traitements arséno-bismuthiques. S. FERNET.

Les injections d'ichtyol dans les complications de la blennorrhagie et dans les autres affections des voies urinaires, par STRASZYNSKI et NOWICKI. *Przeglad dermatol.*, t, XXII n° 3, 1927, p. 378.

S. injecte dans les muscles de la fesse 3 centimètres cubes d'une solution de sulfo-ichtyolate d'ammonium à 2 p. 100 tous les 2 ou 3 jours et par séries de 6 à 8 injections. La principale indication de ce traitement est l'épididymite blennorrhagique qui cède régulièrement à 3 ou 4 injections. Les uréthrites postérieures et les cystites sont améliorées surtout au point de vue des symptômes subjectifs : les phénomènes douloureux cèdent en même temps que l'état général s'améliore. S. FERNET.

Rousski Vestnik Dermatologuii

Dermatite herpétiforme de Dühring ; variété érythémato-vésiculeuse, par KISTIAKOVSKY. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

L'auteur rapporte l'observation de 6 malades (5 hommes et 1 femme) souffrant de la maladie de Dühring, variation érythémato-vésiculeuse.

Les vésicules étaient de grandeur différente et siégeaient tantôt sur une peau apparemment saine, tantôt entourées d'un halo érythémateux large comme 1-2 diamètres de la vésicule et disparaissant rapidement. La variation décrite de la maladie de Dühring simulait la gale ordinaire à l'examen superficiel, parfois même l'urticaire.

BERMANN.

Un cas d'hémoptysie intermittente d'origine syphilitique, par PLATOVSKY et TINKER. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

Un homme de 31 ans, marié, se plaint depuis 2 ans de toux, de dyspnée d'effort et de crachements de sang. A eu plusieurs hémoptysies assez abondantes. Pas d'ascension thermique. Pas de trouble viscéral, bon état général. Rien de particulier aux poumons, même aux rayons X. Le malade fut accusé de simulation. Or, un examen clinique approfondi a montré une ostéopériostite du tiers inférieur du tibia gauche et un Bordet-Wassermann positif. Une exploration détaillée a prouvé que c'est bien le poumon qui est la source de l'hémorragie. Les auteurs ont admis une origine syphilitique de l'hémoptysie par rupture des vaisseaux à la suite des petites infiltrations gommeuses.

BERMANN.

Erythème annulaire centrifuge squameux, par Mme CHTAMOWA. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

L'auteur a eu l'occasion d'observer 3 cas d'une dermatose particulière se caractérisant par l'apparition sur la peau de cercles rosés de grandeur diverse s'accroissant excentriquement et surélevés par rapport au niveau de la surface cutanée. Le centre du cercle était de teinte brunâtre ou bien avait la couleur normale de la peau. A la partie interne du cercle, la surface présentait une desquamation nette. En s'étendant, les cercles changeaient de place, se rencontrant et se confondant les uns avec les autres, formant des images bizarres, ondulatoires et festonnées, dont la disparition laissait des taches pigmentées. La maladie est chronique et dure plusieurs années. Pas de phénomènes subjectifs, ni de modifications viscérales, nerveuses et sanguines. Les recherches histologiques montrent des légères altérations de la couche papillaire sous forme d'œdème et dans la couche cornée une parakératose nette. Toutes ces données permettent de classer l'affection décrite parmi l'érythème annulaire centrifuge de Darier, variété desquamative.

BERMANN.

Myxœdème tubéreux, par Mme BARANOWA. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

Après une revue bibliographique, l'auteur rapporte une observation personnelle de cette rare affection. Il s'agit d'une journalière de 35 ans dont la maladie a débuté il y a 4 mois, après un paludisme avec forte température et céphalées. La maladie est localisée sur toute la région du cou, de la partie supérieure du dos et de la poitrine, du cuir chevelu, de la face, des coudes, des cuisses, du sacrum. L'affection consiste en des nodules de volume allant d'une lentille à celui d'un haricot, disposés d'une façon confluente, délimités de la

peau saine. La peau couverte de ces nodules a l'air chagrinée, œdémateuse, de teinte normale ou jaune-cire ou bien rose-rouge. Au cou et à la poitrine les nodules sont disposés en forme de collier à plusieurs rangs. Au dos et à la poitrine on voit des orifices dilatés des glandes cutanées. La face est épaissie, la peau cyanosée, les yeux semblent plus petits, enchâssés dans les orbites. Autour de l'anus et dans les grandes lèvres œdématiées on constate les mêmes nodules, en les palpant. L'éruption est symétrique. La malade sent des démangeaisons, des douleurs articulaires et de l'engourdissement aux poignets. Les échanges nutritifs sont abaissés, le tonus du sympathique est abaissé. Rien de particulier aux viscères. Dépression psychique. La malade est frileuse. Pas d'adénopathie. La thyroïde n'est pas palpable. La biopsie montre une dégénérescence muqueuse des couches moyennes et profondes du derme. On y trouve, en outre, des cellules étoilées. Le tissu élastique est altéré ou manque. La malade a pris environ 60 gr. de thyroïdine qui l'ont améliorée. Les échanges nutritifs ont augmenté, les troubles subjectifs et l'éruption ont guéri. Pas de récidives. L'étiologie de ce cas réside dans la dysfonction de la thyroïde, d'après l'auteur. BERMANN.

Lymphangiectasie cutanée nodulaire disséminée, par GLAUBERSON. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

Une jeune fille paysanne de 18 ans a reçu pour une gomme syphilitique du pharynx 3 injections intraveineuses de néo et 11 injections intramusculaires de bismuth qui ont guéri ses accidents. Après la cure, la malade présentait une néphrose (albumine urinaire de 30 o/oo à 5 o/oo, des cylindres hyalins et granuleux, des érythrocytes et des leucocytes) et une éruption cutanée constituée par des nodules fermes, opaques, nacrés, de forme ovale, gros comme un pois environ, indolores, situés profondément dans la peau. Ces nodules rappellent des vésicules remplies de liquide semi-transparent. Les nodules ont une disposition assez symétrique et siègent sur une peau normale ou pâteuse, œdémateuse. L'éruption est localisée aux extrémités supérieure et inférieure, au tronc, à la face et au cou. Histologiquement, on constate un épiderme d'épaisseur inégale, sclérosé à sa partie supérieure ; les papilles sont aplaties ou même atrophiées par places ; le tissu conjonctif est plus épais dans les parties superficielles de la peau ; la couche réticulaire est épaissie. Dans le tissu conjonctif il y a des vacuoles, des cavités. Les parois artérielles sont épaissies. Par places, les lymphatiques sont dilatés. Pas d'infiltrat inflammatoire. Coloration à la thionine négative (pas de mucus). Vu que la néphrose de la malade a produit un œdème des membres inférieurs et un trouble de la circulation lymphatique, l'auteur admet que l'éruption résulte de la distension par le liquide de l'œdème des espaces intertissulaires de la peau saine et œdématiée. La biopsie confirme cette opinion. BERMANN.

Tumeur de la queue de cheval simulant un tabès dorsalis. Mal perforant du pied non spécifique, par SALKAN et MARKOUS. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, nos 6 et 7, juin et septembre 1927.

Le malade âgé de 37 ans présentait tous les symptômes de tabès dorsalis avec mal perforant du pied, quoique le malade niât la syphilis. Un examen approfondi a montré un syndrome d'une tumeur de la queue de cheval. Les auteurs concluent : bien que la cause habituelle du mal perforant plantaire soit le tabès dorsalis, dans le cas présent, les données de l'anamnèse, de l'examen du liquide céphalo-rachidien, les troubles trophiques d'une jambe, la rigidité et la douleur de la colonne lombo-sacrée, tout cela parle en faveur d'un processus compressif de la région de la queue de cheval. Le syndrome de Froin et surtout la dissociation cyto-albumineuse, parlant dans la majorité des cas contre les processus inflammatoires des méninges (syphilis), mais pour la stase du liquide céphalo-rachidien dans les compressions céphalo-rachidiennes, mérite une grande attention des syphiligraphes. Le cas décrit confirme que les troubles trophiques sont le résultat de l'irritation du système nerveux sympathique. En outre, dans le cas cité, cette irritation résulte de l'action réflexe de la tumeur sur les racines postérieures. L'hyperthermie de la jambe droite peut être expliquée par une irritation directe probable des faisceaux parasympathiques émergeant de la moelle épinière par les racines postérieures. Le succès de la cure spécifique n'est pas toujours une preuve diagnostique de l'affection syphilitique du système nerveux. Sa valeur diagnostique doit être étayée par d'autres signes cliniques de la syphilis.

Bermann.

Contribution au traitement de la syphilis par le stovarsol (stovarsolan), par Kritchevski et Sorinson. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

Les auteurs ont traité par le stovarsolan (stovarsol russe) 46 hommes de 17 à 65 ans hospitalisés à la clinique. Ces malades se répartissaient ainsi : syphilis primaire séro-négative 3 cas, syphilis primaire séro-positive 5 cas, syphilis secondaire récente 7 cas, syphilis secondaire récidivante 14 cas, syphilis tertiaire active 8 cas, syphilis nerveuse 6 cas (dont 5 traités par le paludisme où le stovarsol fut employé comme coupant le paludisme), lichen ruber plan 2 cas, psoriasis vulgaire 1 cas. Les conclusions des auteurs sont : le stovarsolan est un antisyphilitique énergique, mais à action plus faible que celle de salvarsan et ses dérivés. Au point de vue pratique, une cure de stovarsol seul est encore moins utile que la cure de salvarsan seul. L'introduction dans la pratique du traitement par le stovarsol ne peut se faire que dans les cas où le traitement salvarsanique est impossible pour telle ou telle raison. La combinaison de stovarsol-bismuth-mercure est beaucoup plus active que le traitement par le bismuth ou le mercure seuls, surtout dans les cas de syphilis active où l'action du stovarsol est la plus intense. Les réactions secondaires dans la cure stovarsolique sont plus fréquente que dans la cure de néo + bismuth ou + mercure, mais elles sont plus courtes et plus faibles. En outre les phénomènes de désensibilisation dans la sensibilité au stovarsol s'observent plus souvent que dans la thérapie salvarsanique.

Bermann.

La syphilis de l'aorte, par PROKSPTCHOUK. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

Se basant sur l'observation de 618 malades de syphilis tardive parmi lesquels il y avait 170 aortites syphilitiques, l'auteur conclut : 1) l'affection de l'aorte se rencontre assez souvent dans divers stades de la syphilis ; 2) l'aortite syphilitique se combine dans un tiers de cas avec la neurosyphilis ; 3) un quart de tertiaires ou de latents ont déjà une affection aortique ; 4) la cause principale du développement du processus syphilitique dans l'aorte est l'insuffisance du traitement ; 5) les causes adjuvantes de la syphilis de l'aorte sont : l'alcoolisme, les particularités constitutionnelles de l'organisme et la faiblesse congénitale du système vasculaire ; 6) l'existence d'un virus particulier, vasculotrope, mésodermique est aussi douteuse que celle du virus dermotrope ou neurotrope. Cette théorie est mise en échec par les cas de syphilis combinée de la peau, du système nerveux et des vaisseaux ; 7) les particularités constitutionnelles de l'organisme jouent un rôle dans la pathogénie de l'aortite syphilitique. Dans 77 o/o des cas, l'aortite se trouve parmi les malades du groupe hypersthénique (type pycnique de Kretehmer, type digestif de Sigot) ; 8) pour le diagnostic différentiel de l'aortite syphilitique il n'y a pas un seul symptôme qui soit absolu, obligatoire. Ce n'est qu'une série de symptômes avec exploration radiologique qui permet d'établir le diagnostic de l'affection syphititique de l'aorte ; 9) c'est la radioscopie qui donne le plus de données pour le diagnostic de l'aortite spécifique ; 10) le traitement combiné par le bismuth, l'iode et le néo donne le maximum d'effet thérapeutique dans la syphilis de l'aorte.

BERMANN.

Les affections vénériennes parmi les étudiants, par LASS. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1921.

Se basant sur plus de 1.700 réponses (1.234 des hommes et 473 des femmes) reçues des étudiants d'Odessa par la voie d'enquête, l'auteur conclut : les maladies vénériennes augmentent parmi les étudiants et frappent environ 25 o/o de leur totalité : ce sont les étudiants de 18 à 23 ans qui les contractent, dans la majorité des cas. Quant au pourcentage des maladies vénériennes, il s'exprime ainsi : syphilis 1,7 o/o, chancre mou 3,8 o/o et blennorrhagie 18,8 o/o. Les causes de l'accroissement des affections vénériennes sont : le début précoce de la vie sexuelle, les coïts avec des prostituées, l'impossibilité, pour des causes matérielles, de se marier de bonne heure et l'ignorance de la grande masse des dangers des maladies vénériennes. Pour lutter efficacement contre les maladies vénériennes parmi les étudiants il faut améliorer les conditions de leur vie en augmentant les bourses, créer des stations prophylactiques pour des étudiants spécialement, avec des consultations sur les questions sexuelles et l'introduction de cours obligatoires sur l'hygiène sexuelle pour les étudiants débutants de toutes les facultés (des cours pareils fonctionnent déjà pour les étudiants en médecine à Odessa depuis 1927).

BERMANN.

Eruption post-salvarsanique (et post-bismuthique ?) ressemblant au lichen ruber plan et prédisposition lichénoïde (Buschke), par Kaploune. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, n° 7, septembre 1927.

L'auteur décrit deux cas personnels d'éruption cutanée simulant le lichen ruber plan survenue à la suite d'un traitement spécifique mixte (néo + bismuth). L'éruption a été brusque, prurigineuse, a duré deux semaines et cessé en laissant une pigmentation brunâtre. Dans un cas, il y avait des localisations sur la muqueuse buccale. La ressemblance morphologique de l'éruption avec le lichen ruber plan a été telle que l'on a pu supposer une provocation par la cure de cette dermatose préexistante, ce qui a été pourtant nié par l'anamnèse des deux malades. Après avoir passé en revue la bibliographie sur les éruptions salvarsaniques, l'auteur admet que l'éruption qu'il a observée est d'origine toxicodermique chez des personnes ayant une prédisposition lichénoïde de Buschke. L'opinion de Buschke est partagée par un grand nombre d'auteurs qui admettent dans l'étiologie le rôle prépondérant des particularités constitutionnelles de l'organisme et non pas celui de l'agent pathogène. Cette hypothèse appliquée à la dermatologie permet d'avoir une vue générale plus vaste sur l'étiologie et la pathogénie des dermatoses.

Bermann.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



TUBERCULOSE CUTANÉE ET INFECTIONS ASSOCIÉES PARASITISME SPIRILLAIRE ET TUBERCULOSE VÉGÉTANTE PÉRI-ANALE (1)

Par MM.

M. FAVRE
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu

et

J. GATÉ
Médecin des Hôpitaux

de Lyon

On a fait souvent la remarque, en observant les infections cutanées communes, depuis longtemps classées et décrites, qu'il n'était pas rare de les voir apparaître sous des traits bien différents de ceux qu'il est classique de leur reconnaître.

C'est ainsi que peu à peu, la syphilis comme aussi la tuberculose cutanées ont vu grossir le nombre de leurs formes cliniques, et nous sommes encore loin de les connaître toutes. S'il est bon de les décrire, il y aurait aussi grand avantage à préciser les diverses causes qui impriment à une infection donnée et à sa localisation cutanée des caractères tels qu'elle s'éloigne de son type habituel à ce point qu'il est parfois fort difficile de la reconnaître sous le masque qu'elle a revêtu.

Ces causes sont certainement multiples, nous en connaissons quelques-unes, nous en pressentons d'autres ; la virulence du germe, l'état de la résistance du sujet, l'intervention d'infections associés, sont parmi celles qui interviennent le plus fréquemment.

Dans un travail qu'il consacrait à une forme jusqu'ici non décrite de *tuberculose ulcéreuse cutanée : la tuberculose emporte-pièce*, l'un de nous (M. Favre), attirait l'attention sur ce fait que cette forme de tuberculose évolue chez des sujets dont l'état général est très profondément atteint. C'est une tuberculose

(1) Manuscrit reçu le 20 septembre 1927.

cutanée des cachectiques, à l'extension de laquelle nulle résistance ne s'oppose ; la peau semble comme fondre devant le bacille de Koch (1).

Nous apportons aujourd'hui une observation de tuberculose cutanée d'un tout autre et singulier aspect. Elle n'est pas inconnue des dermatologistes ; on pourrait l'appeler la *tuberculose végétante péri-anale*. L'intérêt de notre cas tient moins dans la description même de cette variété de tuberculose cutanée que dans la notion du rôle que nous paraît bien jouer dans son développement une infection associée, en l'espèce *l'infection spirillaire*.

Abordons tout d'abord l'observation clinique.

OBSERVATION

Bl...., 51 ans, entre dans le service du docteur Favre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour des lésions péri-anales ulcéreuses qui, ayant débuté depuis trois mois, ont pris une très rapide extension.

C'est un sujet amaigri, dont l'histoire pathologique est relativement courte. Il exerce la profession de courtier en vins du Beaujolais et ne fait aucune difficulté de reconnaître un alcoolisme professionnel dont les manifestations sont surtout digestives : pituites matutinales, vomissements glaireux, anorexie.

Bl... se plaint en outre de troubles intestinaux, de diarrhée fréquente apparaissant sans coliques ; il n'a jamais eu de selles sanglantes ni d'expulsion de mucus ou de glaires. Signalons que depuis quelques mois il tousse, qu'il a maigri, s'est affaibli sans jamais avoir présenté d'épisode pulmonaire aigu. Ce sont les progrès de l'ulcération cutanée et les douleurs qu'elle provoque qui ont déterminé le malade à consulter un médecin. Il est venu demander un avis à l'un de nous (docteur Gaté). Pour mieux étudier une lésion dont le diagnostic est au premier abord difficile, M. Gaté prie le docteur Favre d'hospitaliser le malade dans son service et de l'étudier avec lui.

L'examen viscéral du malade est négatif en ce qui concerne le cœur, le système nerveux, le tube digestif. L'examen des poumons révèle aux deux sommets, mais particulièrement au sommet droit, des signes d'infiltration tuberculeuse circonscrite, râles assez abondants, déjà humides, éclatant après la toux. Le malade crache déjà beaucoup, il n'accuse pour l'instant aucun signe abdominal ou digestif ; ce sont les lésions cutanées dont il est atteint qui seules le préoccupent.

(1) Sur une forme atypique de tuberculose cutanée ulcéreuse (*Thèse* de G. Notton, Lyon, 1920). Ulcères et phagédénismes cutanés tuberculeux atypiques. L'ulcère tuberculeux emporte-pièce par Bonnet (L. M.) et Favre (M.). *Journal de Médecine de Lyon*, mai 1924.

Ces lésions, développées autour de l'anus comme centre, s'étendent très largement à toute la région périnéale, à la face interne des deux fesses. Tout le vestibule anal est le siège d'une infiltration, d'un épaississement que la palpation permet de reconnaître facilement. Cette infiltration s'étend à toute la zone de contact intime des deux fesses. Sur cette large surface orbiculaire la peau ulcérée est baignée d'un exsudat séro-purulent abondant. Le singulier aspect de cette inflammation retient l'attention ; les surfaces ulcérées sont en effet hérissées de saillies, de végétations en choux-fleur pressées, serrées les unes contre les autres ; on dirait une nappe de *végétations génitales*. Les saillies ont un volume variable, les unes ont les dimensions d'une forte tête d'épingle de verre, d'autres sont beaucoup plus grosses et surtout plus saillantes, leurs surfaces mûriformes sont celles des végétations. Cette nappe végétante s'élève sur une peau ulcérée ; entre les papillomes on aperçoit des fissures sinueuses suppurantes, douloureuses ; le toucher rectal montre que la papillomatose ne pénètre pas dans le canal anal : la zone sphinctérienne est douloureuse mais il n'existe pas d'inflammation des tissus péri-rectaux. On ne constate aucune fistule. L'inflammation ulcéro-végétante se prolonge vers le périnée postérieur à trois centimètres environ en arrière de l'orifice anal. En avant, elle atteint la racine des bourses au niveau de laquelle elle se termine par un bord irrégulier, suppurant, légèrement décollé. Cette lésion, qui a débuté il y a trois mois seulement, est remarquable par son aspect végétant comme aussi par sa très rapide extension.

Pour achever la description des lésions cutanées, il faut noter que sur la partie découverte de la fesse, à distance de la zone papillomateuse et ulcérée, on trouve des deux côtés des lésions érythémato-papuleuses, formées par la réunion de petits éléments étalés, miroitants, d'aspect lichénoïde. Un autre caractère de ces lésions aberrantes est d'être légèrement mais nettement infiltrées.

En somme, il s'agit d'un malade qui a maigri et qui tousse depuis quelques mois, dont la santé a nettement fléchi, et chez lequel se sont développées, avec une rapidité insolite, des lésions qui présentent un double caractère : elles sont ulcéreuses, mais aussi végétantes au point que les saillies papillomateuses exubérantes, cohérentes, qui les recouvrent, rappellent invinciblement la comparaison avec les végétations génitales. L'infiltration plus profonde, la suppuration abondante, l'aspect nettement ulcéreux des lésions, les fissures profondes qui s'étendent dans les espaces inter-villeux, l'infiltration marquée, la douleur, sont autant de caractères qui permettent d'affirmer que l'on n'est pas en présence de végétations simples, mais qu'il existe des lésions infectieuses qui compliquent la papillomatose.

C'est pour en établir la nature que des recherches de laboratoire ont été instituées.

Examens de laboratoire. — L'examen des crachats a montré de nombreux bacilles de Koch.

En raison des troubles intestinaux présentés par le malade, on a

fait dans le pus de l'ulcération cutanée la recherche des Amibes ; pratiquée à deux reprises, elle a été deux fois complètement négative.

En revanche on a trouvé dans ce pus :

1° Des bacilles de Koch irrégulièrement répartis sur les frottis, nombreux par places, apparaissant parfois groupés en amas de cinq à dix éléments remarquables par leur longueur.

2° Une grande abondance de *spirilles*, que nous avons étudiés par par la méthode de Fontana. Les spirilles sont non seulement nombreux mais présentent une grande variété de formes. C'est ainsi qu'on trouve de gros spirilles onduleux, rappelant le *spirocheta-refringens* ; des spirilles beaucoup plus minces à spires serrées, des spirilles très ténus à nombreux tours de spires et d'autres du même type, remarquables par leur faible longueur. Les spirilles sont extrêmement abondants et cette flore parasitaire rappelle celle des végétations génitales. Les frottis montrent également des bacilles longs et fins et d'assez nombreux bacilles fusiformes.

Note additionnelle. — Le malade n'est resté que peu de jours en observation à l'hôpital ; une lettre de sa famille nous apprend (10 juin 1927) qu'il est mort il y a quelques semaines. Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il n'a pas été régulièrement suivi et nous n'avons eu aucun détail sur l'extension que les lésions cutanées avaient pu prendre.

*
* *

L'observation que nous avons recueillie, mérite à divers points de vue des commentaires. Au point de vue de la clinique d'abord, ce cas de tuberculose cutanée est remarquable par sa rapide extension : il l'est encore bien davantage par l'aspect bourgeonnant ou plus exactement villeux et végétant des lésions. Cet aspect était si marqué que l'on eut cru à une nappe de végétations génitales. Nous avons indiqué au cours de l'observation les différences qui séparaient les lésions végétantes de notre malade, des simples végétations génitales.

L'aspect ulcéreux des lésions végétantes, l'infiltration nette des surfaces qu'elles recouvraient, la douleur, le suintement purulent, ne se rencontrent pas dans les végétations banales. Il n'en est pas moins vrai que l'aspect végétant était tellement accusé qu'il s'imposait tout d'abord. Pouvons-nous expliquer le développement de ces curieuses lésions végétantes et leur extension rapide à la plus grande partie du périnée ?

Les examens de laboratoire nous apportent des renseignements d'une haute signification. Ils révèlent tout d'abord dans le pus la présence de bacilles de Koch et permettent d'attribuer

avec certitude à la tuberculose les ulcérations et l'infiltration dermique; mais ils décèlent également l'existence d'une flore spirillaire remarquablement abondante et ce point mérite des commentaires particuliers.

Nous ne croyons pas que ce parasitisme spirillaire soit banal et sans relation avec le développement, sur les surfaces ulcérées, des végétations que nous y avons signalées. Ce serait une erreur de croire que toutes les affections ulcéreuses de la région périnéo-anale sont parasitées de spirilles. Cette question a depuis longtemps préoccupé l'un de nous (M. Favre). Ses recherches personnelles lui permettent d'affirmer que la pullulation dense de spirilles dans les produits d'exsudation des lésions ulcéreuses périnéo-anales est loin d'être commune. Tout récemment, il rapportait l'observation d'une large ulcération péri-anale évoluant depuis 6 ans chez un ancien dysentérique; les amibes existaient en abondance dans le liquide séro-purulent d'exsudation qui ne contenait par contre aucun spirille. Dans plusieurs cas de lésions tuberculeuses de la région anale, la recherche des spirilles a été négative; il s'agissait il est vrai de formes ulcéreuses communes.

L'infection spirillaire, exceptionnellement intense chez notre malade a-t-elle un rapport avec le développement des végétations qui s'élevaient sur les surfaces ulcérées? Nous le croyons fermement et nous allons en exposer les raisons.

Il y a plusieurs années que l'un de nous poursuit des recherches sur la cause de ces proliférations inflammatoires, conjonctives et épithéliales que sont les végétations génitales. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer le détail de ces recherches; nous nous bornons à citer quelques lignes de l'article qu'il a consacrées aux végétations génitales dans le *Traité de Pathologie médicale* du professeur Sergent (1).

« L'examen parasitologique nous a montré (Favre et Civatte)
« la présence constante dans les végétations actives de spirilles
« qui forment souvent des pelotons serrés de parasites; on voit
« ces spirilles à la surfaee des végétations où ils coexistent avec
« la flore microbienne de surface. On les voit surtout dans les

(1) *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée,* publié sous la direction du professeur E. Sergent, t. XXI, pp. 322-326, Maloine et fils éditeurs.

« sillons inter-villeux où ils existent parfois seuls en très grande « abondance ; ils ne sont séparés du derme en ces points que « par quelques assises de cellules gonflées dont les espaces « inter-cellulaires sont très élargis » (1).

Dans ce même article, M. Favre ajoute : « Depuis mes pre- « mières recherches, j'ai observé de nombreux faits confirmatifs ; « ils me permettent d'affirmer que dans toutes végétation molle, « active, en voie d'augmentation, le parasitisme spirillaire est la « règle constante. Dans un cas récent, j'ai constaté la présence « des spirilles dans l'axe conjonctif de la végétation ». Ce cas n'est pas resté isolé et depuis la publication de cet article, l'existence de colonies spirillaires profondes dans le tissu conjonctif jeune des végétations a été plusieurs fois relevée.

C'est donc, s'il est possible, avec une certitude encore plus grande que l'un de nous soutient aujourd'hui que les néo-formations inflammatoires que sont les végétations reconnaissent une origine spirillaire. Notons d'ailleurs sans y insister, ce qui serait ici hors de propos, qu'il est commun d'observer les diverses phases de cette irritation parasitaire sur les téguments, depuis le stade de balanite, de vulvite superficielles, où les spirilles abondent, jusqu'au stade de végétations nettement constituées.

Ce n'est pas seulement dans les végétations de la zone génitale que le parasitisme spirillaire a été constaté, on a fait la même remarque pour les papillomes du larynx. Le pouvoir singulier qu'exerce ce parasitisme de provoquer à la surface de la peau et des muqueuses malpighiennes la prolifération exubérante de leurs tissus conjonctifs et épithéliaux doit donc être tenue pour certaine.

C'est une véritable confirmation de ce fait que nous trouvons dans la thèse récente de M. Guérin (2). C'est en effet 16 fois sur 20 que l'auteur trouve des spirochètes dans les végétations génitales. Comme l'avait déjà signalé l'un de nous, Guérin a pu

(1) Civatte (A.) et Favre (M.). Les spirilles des végétations vénériennes. *C. R. Soc. Biol.*, 10 mai 1919, t. LXXXII, p. 454 ; Favre (M.) et Civatte (A.). La morphologie et la signification des spirilles des végétations vénériennes. *C. R. Soc. Biol.*, 17 mai 1919, t. LXXXII, p. 506.

(2) Guérin (M.). Contribution à l'étude étiologique de l'acanthome infectieux (végétations, condylomes acuminés, papillomes) *Th. Paris* analysée *in Presse Médicale,* 20 octobre 1926, p. 1322.

voir dans quelques cas les spirilles dans la profondeur des couches de Malpighi, comme aussi dans le tissu conjonctif et les vaisseaux. L'auteur ne tient pas les spirilles pour responsables des végétations génitales, il préfère admettre l'intervention d'un virus filtrant dont l'existence n'est nullement démontrée, alors qu'il est facile de constater la pullulation des spirilles dans le tissu des végétations, et qu'il est également facile de suivre les phases successives d'une irritation parasitaire qui, partant de la lésion superficielle de la muqueuse, de la balanite, de la vulvite spirillaires, aboutit au développement de végétations qui ne tardent pas à croître si l'on ne modifie pas l'infection parasitaire responsable de cette série continue d'accidents.

Les arguments cliniques s'associent étroitement en pareil cas aux arguments de laboratoire pour former un faisceau de preuves d'une extrême solidité.

M. Guérin croit à l'identité des verrues et des végétations génitales ; il fait vraiment bon marché des différences profondes qui les séparent. Verrues et végétations ne sont pas « un peu différentes » mais bien au contraire radicalement différentes. Dans la verrue, où les spirilles n'ont jamais été observés le tissu conjonctif n'est pas atteint ; la prolifération est purement épidermique : on peut citer la verrue comme un type *d'épithéliose* infectieuse ; dans la végétation, par contre, le tissu conjonctif prolifère autant que le tissu épithélial.

Nous bornons là l'examen du travail de M. Guérin qui n'entame en aucune façon l'ensemble des preuves, cliniques, anatomo-pathologiques, parasitologiques, par lesquelles l'un de nous a établi le rôle du parasitisme spirillaire dans la production des végétations génitales.

Certes, nous le savons, toutes les inflammations végétantes de la peau et des muqueuses malpighiennes ne sont pas dues à l'infection spirillaire ; il n'en est pas moins vrai que l'action de cette infection sur le développement de proliférations inflammatoires exubérantes de leurs tissus conjonctifs et épithéliaux est de toutes la mieux établie.

La conclusion que comporte pour nous l'observation de notre malade, est que le bacille tuberculeux ne saurait être tenu pour seul responsable des singulières lésions végétantes de progression rapide que nous avons notées. Nous croyons qu'il y a eu dans ce cas infection mixte, association et conjugaison d'actions

irritatives et qu'au bacille de Koch se sont joints les spirilles.

C'est l'infection associée qui nous paraît rendre compte de la curieuse forme clinique de tuberculose cutanée que nous avons rapportée.

Pour rare qu'elle soit, elle a été assez souvent observée et décrite. C'est ainsi que sous le nom de « tuberculose frambœsiforme » Doutrelepont, Wickham, Hallopeau, Jessner cités par Darier (1), ont décrit de larges placards papillomateux, mous et extensifs, siégeant surtout dans les régions péri-génitales. Darier écrit de son côté : « On observe assez rarement, il est vrai, soit « au pourtour de la bouche, soit à l'anus, soit encore à la vulve, « des plaques irrégulières de tuberculose ulcéro-végétante. Des « végétations rosées ou papillomateuses s'élèvent du fond ou du « bord des ulcérations ; l'évolution en est très lente ».

Notre observation prouve qu'il n'en est pas toujours ainsi et que cette forme de tuberculose peut s'étendre avec une grande rapidité. Il est curieux de constater sa localisation péri-génitale, signalée par tous les auteurs. Il n'y a pas là une circonstance fortuite. Nous croyons que si la tuberculose revêt parfois dans cette région le type végétant signalé par tant d'observateurs, c'est que le bacille de Koch s'associe en pareil cas à des parasites dont l'affinité pour les téguments de la zone péri-génitale est bien connue. Isolés, ces parasites provoquent les végétations génitales, associés au bacille tuberculeux, ils font naître la tuberculose frambœsiforme ou végétante péri-anale.

NOTE ADDITIONNELLE

Cet article était terminé quand au cours de recherches bibliographiques, nous avons trouvé l'indication d'un travail de Walter Pick. Il a pour titre : « Découverte d'un spirochète dans une lésion frambœsiforme (tuberculeuse ?) de la peau » (2).

L'observation de Walter Pick est relative à une femme qui présentait sur la peau de l'avant-bras des lésions très complexes. L'auteur note, en effet, qu'on observe, côte à côte, des nodules à contenu purulent, des ulcérations recouvertes de croûtes et de très nombreux

(1) Darier (J.). *Précis de Dermatologie*, Masson et Cie éditeurs, 3e édition. Paris, 1923, p. 691.

(2) Von Walther Pick. Uber einen Spirochœtenbefund bei einer frambœsiformen (tuberkulœsen ?) Hauterkrankung. *Archiv fur Dermatologie und Syphilis*, vol. 85, nos 1-3, pp. 1-10, 1 fig. hors texte.

petits papillomes saillants séparés les uns des autres par des sillons ou plutôt par des fissures ulcérées.

La lésion est, par place, cicatricielle. La description qu'en donne l'auteur, n'est pas d'une très grande clarté, le diagnostic clinique après avoir éliminé la blastomycose, puis la syphilis s'arrêta à la tuberculose bien que les inoculations eussent été négatives et que l'on n'eût trouvé le bacille de Koch, ni dans les frottis des abcès, ni sur les coupes.

Le diagnostic de pyodermite ou de mycose végétante ne paraît avoir été soulevé par Walter Pick; il nous arrêterait bien davantage aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, le fait intéressant que rapporte cette observation est la constatation de spirochètes dans les frottis du pus des abcès comme aussi sur coupes dans les collections purulentes intra-épidermiques et intra-dermiques.

L'auteur conclut que sa malade était atteinte de cette variété de tuberculose que l'on désigne sous le nom de tuberculose framboesiforme ou papillomateuse de la peau, et il ajoute qu'il faut probablement trouver dans l'infection associée par les spirochètes la raison de cette forme végétante si remarquable de l'infection tuberculeuse.

Après avoir lu attentivement le mémoire de Pick, on arrive à la conviction que le diagnostic de tuberculose cutanée doit être sérieusement discuté et qu'il s'agit, sans doute, d'une infection d'une tout autre nature.

Le fait importe peu d'ailleurs à la thèse que nous soutenons. Quelle que soit l'infection qui a évolué chez le malade de W. Pick, nous croyons que la forme végétante qu'elle a revêtue, et c'est l'opinion de l'auteur, doit être attribuée au parasitisme spirillaire associé. C'est ce fait fort intéressant que nous retenons de son travail, c'est l'affirmation de ce fait qui est également la conclusion au nôtre.

Hôtel-Dieu
Institut bactériologique de Lyon.

UNE BLENNORRAGIE PEUT-ELLE SE PRODUIRE AUTREMENT QUE PAR CONTAGION ?

Par le Professeur AXEL CEDERCREUTZ
Directeur de la Clinique dermatologique de Helsingfors (Finlande).

Nous connaissons tous la vieille conception de RICORD, selon laquelle on pouvait contracter une blennorragie sans contagion, la femme, pour reprendre son expression, donnant plus qu'elle n'avait ; nous savons aussi que cette manière de voir a été renversée, définitivement semblait-il, après la découverte du gonocoque, au profit de l'opinion courante actuellement que seule une personne porteuse de gonocoques peut les transmettre, et avec eux la blennorragie.

Les trois cas suivants, que j'ai observés dans ma pratique privée, sont cependant si mystérieux en ce qui concerne la transmission de la contagion que je me permets de les exposer et de les discuter de plus près :

1) Un homme de 35 ans. Eut à l'âge de 19 ans (soit 16 ans auparavant) une urétrite blennorragique totale de longue durée, qui se développa pourtant sans autres complications.

Plus tard, il se produisit chez le patient à deux reprises (à 22 et à 31 ans) un écoulement crémeux de l'urètre. Le malade fut soigné par le professeur LUNDSTRÖM, puis par le professeur KROGIUS, qui jugèrent qu'il s'agissait d'une simple urétrite non blennorragique.

A l'âge de 34 ans, le malade vint me voir. Il avait eu un rapport sexuel une dizaine de jours auparavant et avait maintenant un écoulement crémeux purulent du canal. Au cours de deux analyses entreprises à quelques jours de distance, je trouvais dans la sécrétion, qui resta tout le temps crémeuse et purulente, des leucocytes, mais pas de bactéries.

La seconde partie de l'urine était claire. Au bout de quelques semaines, l'écoulement cessa après un léger traitement astringent, et 3 mois plus tard le patient se maria.

Pendant son voyage de noces, il eut un petit écoulement et consulta un médecin à l'étranger. Celui-ci ne procéda pas à un examen

microscopique et prescrivit des injections avec une solution faible de permanganate de potasse.

Un mois plus tard, le patient revint me trouver. Deux analyses de la sécrétion purulente crémeuse, assez peu abondante, ne révélèrent que des leucocytes, mais pas de bactéries.

Ce ne fut que six mois après le mariage, quand le patient vint de nouveau me consulter, que je pus constater dans la sécrétion, qui était toujours crémeuse et faiblement purulente, la présence, outre les leucocytes, de gonocoques ne prenant pas la coloration de Gram et tout à fait typiques. La seconde partie de l'urine était complètement claire. La prostate était un peu plus dure au palper du côté droit, mais ne présentait pas d'enflure notable. Il ne fut pas possible d'en exprimer une sécrétion.

Lors de pressions sur la prostate entreprises plus tard, il en sortit des amas en forme de virgule qui tombaient au fond du verre et qui contenaient, à l'examen microscopique, des leucocytes et des gonocoques typiques.

Après trois mois de traitement par des injections de protargol, par du massage de la prostate et par des instillations de nitrate d'argent selon la méthode Guyon, je considérai le malade comme guéri.

Je lui conseillai cependant d'employer pendant quelque temps encore un condom lors du coït.

Quelques semaines plus tard, il se produisit en effet une récidive avec sécrétion purulente contenant des gonocoques typiques. On poursuivit le traitement précédent. Un mois et demi plus tard, le patient était débarrassé des gonocoques, et après un nouveau délai d'observation de 2 mois, je le considérai comme entièrement remis.

Sa femme, qui fut examinée à plusieurs reprises, ne présenta jamais de traces d'infection. Il ne fut pas possible de tirer de l'urètre la moindre sécrétion, et dans le canal cervical ne se trouvait qu'une sécrétion purement vitreuse. Dans les préparations microscopiques, on ne découvrit que de grands bacilles prenant la coloration de Gram et qui semblaient apparaître en culture pure.

A partir de ce moment (il y a maintenant plus de 20 ans) le mari n'a plus eu de symptôme de son urétrite. Le ménage n'a pas d'enfants. Bien que la femme n'ait jamais subi de traitement, il ne s'est pas produit de réinfection du mari.

2) Un homme de 26 ans, marié. Vint me voir avec une blennorragie aiguë, déclarant n'avoir pas eu auparavant de maladies vénériennes. Marié depuis deux ans. N'a pas eu de coït extra-matrimonial. Sa femme avait accouché 8 mois auparavant.

La blennorragie ne dépassa pas l'urètre antérieur et eut un cours très favorable. Au bout d'un mois et demi, les gonocoques avaient définitivement disparu et au bout de 2 mois, le malade était déclaré guéri.

La femme fut examinée à de nombreuses reprises, aussi après les menstrues, mais il ne fut pas possible de prouver la présence de gonocoques ni dans la sécrétion urétrale, ni dans celle du canal cervical.

Cette dernière était vitreuse et contenait de rares leucocytes et quelques petits bacilles courts.

Le mari eut ensuite de nombreux coïts avec sa femme, qui n'avait suivi aucun traitement, sans que l'urétrite se renouvelât.

Deux ans plus tard, les époux divorcèrent.

Après le divorce, la femme prit pour amant un homme de 30 ans qui n'avait pas eu auparavant de blennorragie et chez qui l'on constata une semaine plus tard une blennorragie qui se déroula sans complications et fut guérie par le docteur Stockmann.

Un mois après le dernier coït la femme eut une fausse couche, et trois semaines plus tard le docteur Stockmann découvrit chez elle des gonocoques aussi bien dans l'urètre que dans le canal cervical. Après un traitement de quelques mois, elle se guérit; elle a depuis été mariée pendant de nombreuses années avec son susdit amant sans que les symptômes d'une infection gonococcique se soient manifestés de nouveau chez l'un ou l'autre des conjoints.

3) Un homme de 21 ans. Il déclare n'avoir pas eu de blennorragie auparavant. Depuis 4 mois, il n'a eu de coït qu'avec sa maîtresse actuelle, une femme de 25 ans, qui a eu à la vérité un autre amant avant lui, mais qui nie avoir eu des infections vénériennes.

Quand le patient vint me voir, il avait une urétrite antérieure blennorragique aiguë, avec beaucoup de pus, et des cocci ne prenant pas la coloration de Gram et ressemblant aux gonocoques. Il déclara avoir eu un écoulement de l'urètre pendant deux semaines environ; mais malgré cela, il eut à plusieurs reprises des relations sexuelles avec sa maîtresse, car il estimait que toute possibilité d'infection blennorragique était absolument exclue.

La maîtresse fut examinée deux fois par le docteur Bærlund, qui la déclara saine, et ensuite par moi, à de nombreuses reprises, même après deux menstrues différentes, sans que j'aie pu constater chez elle la présence de gonocoques ni dans la sécrétion urétrale, ni dans celle du canal cervical.

Cette dernière sécrétion était crémeuse, mais contenait un peu de pus. Dans la préparation, on distingua, outre les leucocytes, très peu de bacilles et quelques petits cocci prenant la coloration de Gram, mais pas de bactéries ressemblant aux gonocoques.

Quand la blennorragie du malade, qui se compliqua d'une légère épididymite gauche, fut guérie au bout de neuf semaines, le jeune homme reprit la vie en commun avec sa maîtresse et n'a dès lors plus été infecté, bien que la femme n'ait jamais suivi de traitement. J'ai pu suivre ce cas pendant deux ans et demi après l'infection.

Comment interpréter ces cas?

1) *Peut-on se fier au dire des malades?*

2) *Est-il question d'urétrites gonococciques?*

3) *Combien de temps les gonocoques peuvent-ils vivre dans l'or-*

ganisme humain? Existe-t-il des porteurs de germes? Quel est le rôle des variations de réceptivité et de réactivité du terrain?

4) *Les variations morphologiques, culturelles et biologiques ou les rapports des gonocoques avec certains autres diplocoques, peuvent-ils expliquer ces faits?*

1) Avant de passer à la discussion détaillée de ces cas, il me faut répondre à une objection fort naturelle : peut-on dans ces cas se fier aux récits des malades? J'ai moi-même eu des doutes à ce sujet, mais j'ai fini par avoir la ferme conviction que l'on ne m'a pas exposé de faits sciemment faux. Les trois malades sont des gens très cultivés et deux d'entre eux sont de mes amis personnels, qui auraient certainement préféré s'adresser à quelque autre médecin au cas où ils auraient porté quelque secret qu'ils ne voulaient pas me révéler.

Si l'on admet entièrement les déclarations des patients, ces trois cas sont remarquables à bien des égards. Comment l'infection blennorragique s'est-elle produite? D'où vient-il que, dans chacun de ces cas, malgré des examens répétés et minutieux, on n'a pas pu établir la présence de gonocoques chez l'autre partie?

2) Je suis forcé de reconnaître que les observations faites dans ces trois cas ne sont pas aussi complètes qu'on le désirerait ; je déplore particulièrement que l'on n'ait pas fait de cultures bactériologiques. Dans tous les trois cas cependant il a été constaté que les diplocoques ne prenaient pas la coloration de *Gram*, et dans tous ces cas l'aspect clinique de la maladie et son évolution correspondaient à ce qu'on est habitué à voir dans les cas d'urétrites gonococciques.

3) Dans le premier des cas, le patient avait eu seize ans auparavant une longue blennorragie; on pourrait peut-être s'imaginer que les gonocoques sont restés dans l'organisme (peut-être dans la prostate) pendant toute cette longue période, bien qu'ils ne se soient pas manifestés plus tôt.

Nous sommes donc amenés à nous poser la question suivante : combien de temps les gonocoques peuvent-ils vivre dans l'organisme humain?

A cette question, des réponses ont été fournies entre autres par Hirsch qui décrit un cas où les gonocoques auraient vécu dix ans dans un canal para-urétral sans y provoquer aucun symptôme avant d'être découverts à la suite d'un traumatisme. Wei-

MANN parle, en 1926, d'un homme qui eut une blennorragie en 1911. Celle-ci s'était compliquée d'une prostatite qui laissa une fistule. En 1924, il infecta une danseuse. Lors de l'examen, on trouva chez l'homme des gonocoques virulents dans le pus qui coulait de la fistule, mais il n'y avait aucune trace de blennorragie. HOFFMANN cite les cas suivants : Un homme marié avait eu douze ans auparavant une blennorragie. Sa femme rentre d'un long voyage. Le mari contracte avec elle une blennorragie, sans qu'on puisse constater chez la femme la présence de gonocoques. Le même phénomène se reproduisit une fois par la suite.

Au cours de la discussion qui s'engagea au sujet de ces faits, DREYER déclara qu'il préférait croire à une infection par ricochet de la femme chroniquement malade, parce qu'il n'avait jamais observé chez les femmes une immunité contre les gonocoques. HOFFMANN exprima la conviction personnelle qu'il existait des « porteurs de gonocoques ».

THELEN, ROSCHER, DREYER et HOFFMANN ont vu des cystites blennorragiques chez des patients qui n'ont jamais eu de symptôme d'urétrite ; BŒCKEL et COHN décrivent chacun un cas d'infection blennorragique à cours latent sans urétrite primaire aiguë, et KLAUSNER vient de faire un rapport sur un certain nombre de cas analogues aux miens, soit de cas de blennorragie apparaissant chez des hommes infectés par des femmes chez lesquelles on n'a pu constater absolument aucun symptôme d'une infection blennorragique.

Si même dans le premier de mes cas on peut s'imaginer qu'un ancien foyer de gonocoques se soit réveillé chez l'homme, il est étrange que ses gonocoques, bien que virulents pour lui-même, n'aient pas infecté sa femme. Est-ce que celle-ci était réfractaire à l'infection ?

Les expériences de WERTHEIM ont démontré, comme on le sait, que les gonocoques, dans la blennorragie chronique, même lorsqu'ils ont été cultivés sur des milieux artificiels, ne sont pas virulents pour la muqueuse où ils ont habité pendant longtemps ; mais dans mon cas, il n'y a aucun indice que la femme ait souffert d'une blennorragie chronique. Au contraire, toutes les circonstances s'opposent à une telle supposition.

On ne sait pas s'il existe quelques rares fois dans des cas exceptionnels une absence de réceptivité pour la contagion blennorragique : mais on n'est certes pas autorisé à nier *a priori*

qu'elle puisse exister. Tandis que j'étais médecin-assistant au Bureau Sanitaire de Helsingfors, je me souviens d'avoir vu une fille publique qui était venue régulièrement à la visite pendant près d'une vingtaine d'années : elle avait eu la syphilis et quelques fois des chancres mous, mais n'avait jamais été infectée par des gonocoques, bien qu'elle fût entrée en contact avec des gonocoques avec une probabilité qui frise la certitude.

Dans mes cas 2 et 3, on inclinerait plutôt à supposer une infection latente chez les femmes, bien que celles-ci la nient énergiquement et bien que des examens minutieux n'aient pas permis de déceler des gonocoques dans leurs muqueuses (Dans le troisième cas, ils apparurent toutefois deux ans et demi plus tard).

Une femme peut-elle donc, en contradiction avec la célèbre déclaration de Fournier, donner plus que ce qu'elle a, ou bien l'apparition de ces blennorragies chez les hommes est-elle explicable de quelque autre manière ?

4) Dans la suite de cette étude, je vais exposer au sujet de ces cas certaines considérations qui ne concordent guère avec la théorie sur la spécificité des bactéries telle qu'elle était proclamée par Koch et par son école.

Je voudrais tout d'abord jeter un regard sur le gonocoque tel qu'il apparaît dans un groupe de diplocoques apparentés avec lui au point de vue morphologique, en tenant aussi compte des formes de dégénération dans les vieilles cultures, dernièrement décrites par Dietel.

Parmi ces diplocoques, citons le coccus polymorphe de la peau que j'ai décrit, le diplocoque de Cronquist, ne prenant pas la coloration de *Gram*, trouvé dans les ulcères traités par l'appareil calorifique de Welander, l'entérocoque de Thiercelin, les « pseudogonocoques » prenant le *Gram* et qui apparaissent dans l'urètre, et le diplocoque intracellulaire de la méningite (Weichselbaum).

De ceux-ci, seuls le gonocoque et le coccus de Cronquist ne se colorent pas par le procédé de *Gram* ; le méningocoque et l'entérocoque se comportent de manière variable vis-à-vis de cette coloration, tandis que les autres coques nommés ici prennent le *Gram*.

En s'appuyant sur les recherches de Cedercreutz, Gundersen, Schumacher et d'autres, on est cependant fondé à ne pas attri-

buer à la coloration de *Gram* une signification absolue en tant que moyen diagnostique du genre en bactériologie. De nombreux indices me semblent prouver que le diplocoque de Cronquist n'est pas autre chose qu'une modification, ne prenant pas le *Gram*, du coccus ordinaire polymorphe de la peau.

Certains diplocoques ressemblant aux gonocoques peuvent varier vis-à-vis de la coloration par le *Gram*; et en parlant des urétrites à entérocoques, Dreyer déclare que dans certains cas où les entérocoques apparaissent en grande quantité, certains spécimens peuvent ne pas se colorer par le *Gram*. Même dans les cultures, on trouve de tels coques réfractaires à cette coloration.

Chrshanowsky émet l'étrange supposition que fort souvent — dans 58 o/o des cas — les gonocoques prendraient le *Gram*, et F. Wolff parle de cultures de gonocoques se colorant par le procédé de *Gram* et de cultures « mêlées ».

Les observations fondées sur les cultures ne fournissent pas plus de possibilité de différencier les espèces bactériologiques entre elles avec précision.

Naguère, on estimait que le gonocoque ne pouvait se développer que sur des milieux nutritifs contenant du sérum ou des transsudations pathologiques ou des exsudations humaines, et qu'il y formait des cultures grises transparentes.

Au début de ce siècle, Thalmann montra toutefois que les gonocoques peuvent aussi prospérer sur des milieux nutritifs ordinaires, et ce fait a été confirmé par Wildbolz, Jundell et d'autres. Wildbolz déclare que les cultures de gonocoques peuvent être d'un blanc opaque.

Reste donc la pathogénie qui, en ce qui concerne le gonocoque, est extrêmement spécifique en ceci que, le gonocoque ne se laisse pas inoculer aux animaux avec un résultat positif. Tout dernièrement Reenstierna a cependant réussi, en se servant d'une technique spéciale, cette espèce d'inoculation aux singes.

Ajoutons à ceci que certains diplocoques, ressemblant morphologiquement aux gonocoques, mais qui ne sont pas des gonocoques, peuvent être pathogènes pour les muqueuses humaines.

En 1914 déjà, Dreyer décrivit treize cas d'urétrite à entérocoques et par la suite Porges, Cohn et Koga ont observé des écoulements ressemblant à la blennorragie mais provoqués par des diplocoques prenant le *Gram* et qui ne sont pas des gonocoques.

Si d'une part des diplocoques ressemblant aux gonocoques mais prenant le *Gram*, peuvent occasionner des processus inflammatoires dans les muqueuses, les vrais gonocoques, ne se colorant pas par le *Gram*, d'autre part ne le font pas obligatoirement toujours. C'est ainsi que Jundell raconte que des gonocoques dans une culture étudiée par lui et cultivée pendant plus de deux ans sur des agar-ascites, présentaient toutes les propriétés appartenant aux gonocoques, mais avaient perdu leur pouvoir pathogène pour l'homme.

Jötten relève aussi que les gonocoques provenant de différentes souches ont un pouvoir pathogène très varié.

Il n'existe donc pas non plus dans le pouvoir pathogène de caractéristique absolument sûre pour identifier le gonocoque.

*
* *

Des remarques comme celles qu'on vient de présenter peuvent nous amener à douter du gonocoque en tant qu'espèce. Schanz déclarait déjà en 1904, après avoir rappelé qu'on a constaté que le gonocoque peut prospérer même sur l'agar ordinaire : « Puisqu'une des caractéristiques du gonocoque a disparu, il est hors de doute que l'on doit maintenant compter parmi les gonocoques un grand nombre de diplocoques que nous séparions d'eux jusqu'ici » et il continue : « C'est en 1894 que j'ai exprimé pour la première fois au sujet de la diphtérie l'idée que, dans l'apparition des maladies infectieuses, un facteur inconnu encore à cette époque devait intervenir à côté des bactéries ; dès lors, j'ai appliqué cette idée à un grand nombre de maladies infectieuses ».

Des pensées semblables sont exprimées la même année aussi par Jürgens qui écrit : « Grâce au fait que beaucoup des prétendus pseudo-gonocoques doivent être comptés au nombre des gonocoques authentiques, la pathogénie des affections blennorragiques est éclairée d'une lumière toute nouvelle ».

Schanz voudrait appeler gonocoques tous les pseudo-gonocoques ne prenant pas le *Gram*, mais Axenfeld s'oppose énergiquement à cette généralisation.

La question du nom des bactéries est cependant d'une nature plutôt théorique que pratique. Personne ne songe à ravir au gonocoque sous sa forme classique son droit en tant que type clinique, et tous les témoignages que j'ai apportés ont un intérêt

botanique beaucoup plus grand que clinique, bien qu'ils puissent exceptionnellement, quand il s'agit d'expliquer certains cas rares d'infection, avoir aussi dans l'avenir une importance pour la médecine.

Il se peut que certains diplocoques saprophytiques puissent devenir pathogènes à la suite d'influences qui nous sont encore inconnues. Il se peut aussi que certains diplocoques saprophytes, prenant la coloration de *Gram*, puissent se transformer en pathogènes et en même temps perdre cette faculté de coloration. Jusqu'à maintenant, nous n'en savons rien; mais le curieux cas suivant pourrait peut-être s'interpréter dans ce sens, bien que d'autres explications puissent certainement être envisagées ici : En 1926, Montpellier raconte qu'un jeune homme de 20 ans, à la suite d'un coït axillaire avec une fille publique qui souffrait d'une éruption eczémateuse ressemblant à un psoriasis, contracta une blennorragie. Montpellier déclare avoir trouvé chez la femme, dans l'aisselle, des bactéries qui, au point de vue morphologique et tinctorial se comportaient comme le gonocoque. Etait-ce bien des gonocoques ou peut-être le coccus de Cronquist?

Ces observations et d'autres du même genre amènent facilement la pensée à des spéculations générales sur l'origine des maladies infectieuses. Pasteur est le premier à avoir posé la question : « Peut-on transformer des bactéries saprophytes en bactéries pathogènes? Peut-on créer de nouvelles maladies? » Et il a répondu affirmativement. Sur la base de ses expériences, il estimait que les maladies infectieuses proviennent originairement et peuvent encore provenir de ce que des bactéries saprophytes trouvent un terrain si adapté à leur développement ultérieur qu'elles deviennent pathogènes. Pasteur déjà admettait donc qu'une transformation de ce genre peut se produire encore de nos jours.

La plupart des bactéries pathogènes ont parmi les non-pathogènes des formes entièrement correspondantes, celles qu'on nomme les pseudo-formes, que l'école allemande considère comme des espèces spéciales, tandis que l'école française et particulièrement celle de Lyon voit dans les formes qui se ressemblent des variantes de la même espèce.

Est-ce que quelques-unes des considérations énumérées ici au sujet des gonocoques peuvent peut-être contribuer à élucider la pathogénie des trois cas que j'ai observés?

La réponse à cette question doit être négative pour le moment, mais les faits que j'ai exposés serviront peut-être à indiquer la direction dans laquelle on pourra dans l'avenir trouver la solution. Celle-ci ressortira de préférence d'observations cliniques minutieuses faites sur des cas analogues à ceux que j'ai cités et d'une étude comparative de tous les diplocoques ressemblant aux gonocoques. Toutefois, pour qu'une étude de ce genre conduise au but, il faut y procéder sans aucun préjugé et sans opinion préconçue, et avec une conscience nette du fait que les espèces bactériennes, telles que nous les concevons aujourd'hui, ne sont pas encore définitivement fixées et qu'il faut tenir compte bien souvent des variations et des mutations qui s'y produisent.

Les cas comme ceux que j'ai exposés ne devraient plus désormais être écartés par les dermatologistes avec la simple explication que le malade a menti ; il faudrait au contraire, et plus souvent que jusqu'ici, les étudier en détail et les publier afin de les soumettre à une discussion scientifique.

La question qui sert de titre à mon exposé ne peut pas encore, à mon avis, recevoir une réponse définitive; mais, pour ma part, je n'oserais pas affirmer qu'il fût absolument exclu qu'une blennorragie pût exceptionnellement se produire autrement que par infection directe ou indirecte provenant d'une autre personne atteinte de blennorragie.

BIBLIOGRAPHIE

Axenfeld (Th.). — Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonokokkus. *Deutsch med Wochenschr.*, p. 132, 1904.

Cedercreutz (A.). — *Recherches sur un coccus polymorphe, hôte habituel et parasite de la peau humaine.* Paris, Steinheil, 1901.

Cedercreutz (A.). — Studien über die Bedingungen des positiven oder negativen Ausfallens der Gramfärbung bei einigen Bakterien. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis,* vol. 3, t. XCIII, 1908.

Chrschanovsky (A.-A.). — Die bakterielle Flora bei der Gonorrhœ. *Zeitschr. f. Urol*, p. 115, vol. 2, t. XX, 1926.

Cronquist (C.). — Ein neuer Coccus, unter eigenartigen Umständen auf der Haut angetroffen. *Monatsh. f. prakt Dermatol.*, p. 645, t. XXXVI, 1903.

Dietel (F.). — Degenerationsformen der Gonokokken. *Dermatol Zeitschr.*, p. 336, 1927.

Dreyer. — Ueber Enterokokkenurethritis. *Monatsber. f. Urol.*, vol. 7, t. IX, 1904.

Gundersen. — Pilzuntersuchungen über das Problem der Gramfärbung. *Dermatol. Wochenschr.*, p. 45, 1926.

Hirsch (H.). — Uber die Lebensdauer der Gonokokken im menschlichen Körper. *Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 48, 1924.

Jötten. — Beziehungen verschiedener Gonokokkenarten zur Schwere der Infektion. *Zeitschr. f. Hygien*, p. 92, 1921.

Jundell (I.). — Experimentella och kliniska undersökningar över Gonococcus Neisser. *Hygiea*, p. 604, 1900.

Jürgens. — Uber Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen. *Berl. kl. Wochenschr.*, p. 132, 1904.

Klausner. — Aussergeschlechtliche Harnröhren-Gonorrhœ-Infektion beim Manne. *Deutsche dermatol. Gesellsch. in d. Tschekosl. Republ.*, 25, IV, 1926, compte r. *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlkr.*, p. 855, t. XX, 1926.

Koga (I.). — Studien über die Diplokokken, die den sogenannten Neisserschen Gonokokkus sehr ähnlich sind. C. r. *Zentralbl. f. Haut- u. geschlkr.*, p. 234, 1925.

Montpellier. — Mode insolite de transmission du gonocoque. Gonococcie cutanée du type intertrigoïde. *Ann. des Mal. vénér.*, p. 815, 1925.

Forges (F.). — Uber nicht gonorrhoische metastasierende Urethritis. *Prag. med. Wochenschr.*, p. 689, 1903.

Reenstjerna (J.). — Impfversuche an Affen mit dem Gonokokkus Neisser. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, vol. 2, t. CXXI, 1915.

Schanz (F.). — Uber die Variabilität der Gonokokken. *Deutsche med. Wochenschr.*, p. 350, 1904.

Schumacher. — Pilzuntersuchungen und das Problem der Gramfärbung. *Dermatol. Wochenschr.*, p. 645, 1926.

Thalmann. — Zur Biologie der Gonokokken. *Centralbl. f. Bakteriol.*, n° 14, 1902.

Thelen. — Cystitis gonorrhoica hæmorrhagica ohne bemerkte Urethritis gonorrhoica. Köln. *Dermatol. Gesellsch.* 22, V. 1925. C. r. *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlkr.*, p. 145, t. XVIII, 1925.

Wolff (F.). — Beitrag zur Biologie des Gonokokkus. *Med. Kl.*, vol. 42 et 43, 1926.



UN CAS DE LA MALADIE DE KYRLE (HYPERKERATOSIS FOLLICULARIS ET PARAFOLLICULARIS IN CUTEM PENETRANS).

par

O. JERSILD et A. KRISTJANSEN
Médecin en chef — Interne

Observation. — Homme, Louis L..., âgé de 51 ans, entré à l'hôpital Rudolph Bergh le 27 août 1926 pour une tenosynovite du pied



Fig. 1.

droit. On a trouvé des gonocoques avant l'entrée du malade, mais, pendant son séjour chez nous, des examens microscopiques répétés n'ont décelé aucun de ces microorganismes.

La maladie cutanée très singulière, dont est porteur notre malade, représente une trouvaille accidentelle. Elle a été observée par le malade lui-même depuis 4 ans. Jamais de démangeaisons ou d'autres symptômes.

Localisation : Face antéro-externe de la jambe gauche, face externe de la cuisse droite. Eléments épars sur la peau de la cuisse gauche et de la jambe droite.

L'élément primaire est représenté par une papule ou un tubercule de la grandeur d'une tête d'épingle dont la couleur est jaune-brunâtre et qui porte sur le sommet une petite écaille dure. L'élément qui correspond le plus souvent à un follicule arrive en grandissant au diamètre d'une lentille, et en même temps l'écaille ou la croûte qui le couvre devient plus épaisse, plus foncée et plus kératinisée. Une confluence de plusieurs éléments s'établit facilement d'où résulte une efflorescence irrégulière couverte d'une croûte cornée, ostréacée de couleur grise ou noirâtre. En enlevant la croûte, on voit, en cas d'efflorescence isolée, une excavation ronde aux bords réguliers, mais, sous la croûte d'une efflorescence créée par confluence, l'excavation devient plus profonde avec un fond et un bord tout à fait irrégulier. L'enlèvement de la croûte ne décèle jamais de pus sous-jacent, seulement quelquefois un peu d'exsudation séreuse. Une seule fois l'enlèvement de la croûte fut suivie d'une petite hémorragie punctiforme. Les éléments ne sont jamais entourés de rougeur inflammatoire.

Au cuir chevelu un peu de séborrhée. Sur la peau de l'abdomen quelques taches légèrement infiltrées d'une couleur jaune-brunâtre et d'un aspect graisseux. Par grattage elles se laissent détacher par feuilles, et elles ressemblent aux verrues séniles. La peau en sa totalité présente de légères altérations séniles avec un certain degré d'ichtyose. En outre, l'examen clinique ne montre rien d'anormal. Urines sans albumine et sans sucre. Réaction de Bordet-Wassermann et de Dreyer-Ward (réaction sigma) négative.

Biopsie : d'un élément de la jambe droite (1).

Le procédé préparatoire a détaché la plupart des croûtes cornées. Elles se composent exclusivement de lamelles épidermiques kératinisées sans noyaux. Les lamelles onduleuses vont parallèlement.

Sur les coupes on voit les lamelles les plus profondes de la couche cornée qui ne se sont pas détachées. Elles envoient des prolongations cornées coniques dans la profondeur ; celles-ci s'enfoncent principalement dans les follicules, mais on voit aussi des prolongations coniques para-folliculaires. Les cônes cornés pous-

(1) Nous adressons nos remerciements au Docteur Hjalmar Petersen, (Copenhague) qui a bien voulu examiner nos coupes. Son expérience a porté à notre diagnostic un appui essentiel

sent le corps de Malpighi de côté, de façon que le placement des cellules devient irrégulier dans les parties avoisinantes. Une pénétration directe de l'épithélium dans les tissus conjonctifs n'a jamais été observée; les cônes cornés sont toujours séparés du tissu conjonctif, le plus souvent par une seule couche de cellules épithéliales. Quelquefois on voit des « oignons épithéliaux » ou des « perles épithéliales » (cônes cornés coupés ?).

Dans les couches les plus profondes de l'épiderme une prolifé-

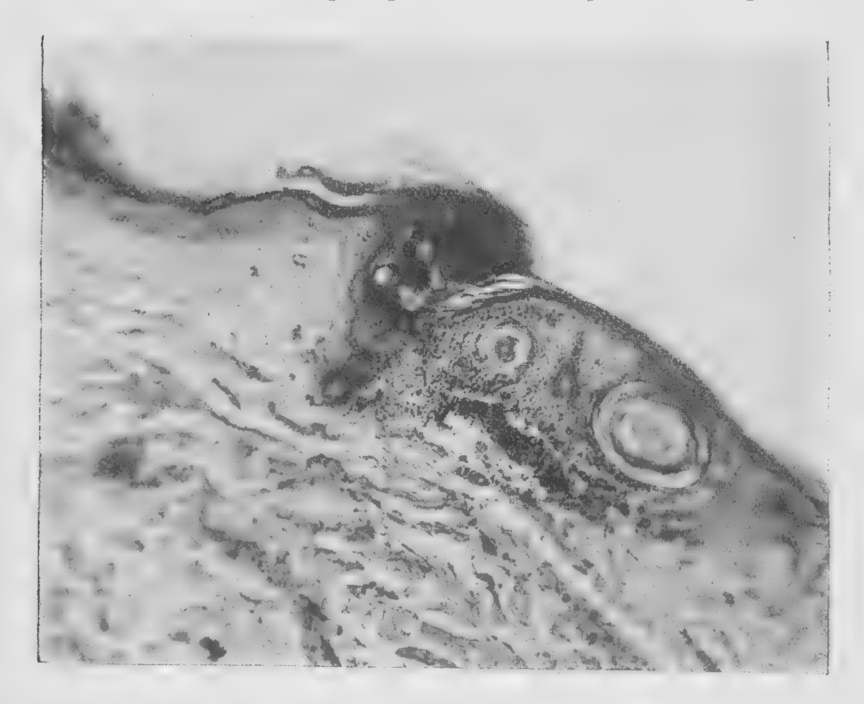


FIG. 2.

ration abondante de cellules à noyaux se laisse observer. Les cellules plongent, sous forme de trainées ou cordes solides, quelquefois ramifiées, dans le chorion, mais on ne voit jamais une vraie prolifération envahissante.

En quelques points un épaississement considérable de la couche kérato-hyaline se fait voir.

Les papilles du chorion qui correspondent à la place des kératoses sont atrophiées. Çà et là, devant les extrémités des cônes cornés se trouvent des conglomérats de lymphocytes dans les parties avoisinantes du chorion.

Pas de cellules géantes, pas de nécrose.

Il s'agit donc d'une *hyperkératose*, essentiellement folliculaire mais aussi parafolliculaire.

Quant aux détails cliniques de notre cas ils correspondent si exactement à la description de Kyrle (*Arch. f. Dermat.*, Vol. CXXIII, 1916, p. 466) qu'une reproduction du cas original ne serait qu'une répétition textuelle.

Aussi la microscopie ressemble parfaitement à celle de Kyrle sauf que nous n'avons jamais observé — même dans nos coupes en série — cette pénétration de l'extrêmité du cône corné *à travers* la membrane basale dans le chorion à laquelle Kyrle attache une importance décisive (*in cutem penetrans*). Mais nous n'attribuons qu'une valeur relative à cette divergence. Il va sans dire que les cônes cornés, longs de plus de dix fois l'épaisseur normale de l'épithélium, doivent s'enfoncer profondément dans le chorion, ce qui laisse facilement comprendre que l'enlèvement d'une croûte montre une excavation profonde et peut être suivi d'une hémorragie punctiforme, comme nous l'avons constaté. Mais, d'après nous, la limite entre épithélium et tissu conjonctif se dessine partout absolument nette ; il ne s'agit pas d'une invasion active de l'épithélium dans le derme sous-jacent, mais seulement d'un déplacement mécanique des tissus avec intégrité de leurs limites respectives et normales. Il faut ajouter que nous n'avons jamais observé ces « trous réels » de l'épiderme correspondant aux cônes cornés décrits par Kyrle (*Vorlesungen über Histo-Biologie der menschlichen Haut und ihre Erkrankungen*; erster Band, Wien u. Berlin 1925).

D'après Kyrle l'examen microscopique présente certaines difficultés diagnostiques. Il indique ainsi que les coupes d'une hyperkératose folliculaire et parafolliculaire peuvent donner l'impression d'un psoriasis, d'un lichen verruqueux, d'un pityriasis rubra-pilaire, d'une psorospermose (Darier) et d'une kératose folliculaire contagieuse (Brooke) — opinion que nous partageons.

Si néanmoins, nous pensons qu'il faut accepter et classifier l'hyperkératose folliculaire et parafolliculaire de Kyrle comme une entité morbide, une maladie cutanée particulière, c'est à cause de son image clinique typique qui n'est ni celle du psoriasis, ni celle du lichen verruqueux, ni celle d'une autre maladie.

Après 1916 on ne trouve dans la littérature que des commu-

nications rares sur la maladie de Kyrle. En 1921 (le 20 mars) Galewski a présenté à la société de Leipzig le moulage d'un cas dont le diagnostic était incertain (maladie de Kyrle, maladie de Darier). D'après nous, le cas ne ressemblait pas au cas de Kyrle. A la société de dermatologie de Vienne, Planner, le 23 février 1922, a communiqué un cas chez une femme âgée de 28 ans et enceinte de 8 mois. Nous n'avons pu trouver une description de ce cas.

Plus tard Planner et Straszberg (Ueber eine eigenartige Epitheliose (Epitheliosis acneiformis) *Arch. f. Derm.*, vol. CXLII, 1923, p. 42) ont publié un cas d'une maladie cutanée singulière, où la possibilité d'une maladie de Kyrle a été envisagée par les auteurs, mais l'intégrité absolue des follicules dans leur cas et les phénomènes inflammatoires marqués qui accompagnaient les éruptions cutanées (infection secondaire staphylococcique) ne correspondent pas à l'image clinique de la maladie en question.

La même année, Fried dans un article (*Arch. f. Dermatol.*, vol. CXLIII, 1923, p. 45) a décrit un cas dont la microscopie ressemble à celle de Kyrle, mais aussi dans ce cas la ressemblance clinique avec le cas original de Kyrle fait défaut.

Enfin Pawloff (Zur Kasuistik der Kyrleschen Krankheit, *Arch. f. Dermatol.*, vol. CLII, 1926, p. 34) a décrit un cas du service dermatologique de Moscou, mais aussi — comme l'indique l'auteur même — sans aucune ressemblance clinique. Il semble que notre cas — et peut-être un cas de Smeloff (publication russe, mentionnée par Pawloff) — soit le seul cas publié jusqu'à présent qui soit analogue à celui de Kyrle.

Dans la littérature française, scandinave et anglo-américaine nous n'avons trouvé aucune publication concernant cette maladie intéressante.

L'ULCÈRE AIGU DE LA VULVE, DE LIPSCHUTZ

Par MM. J. RŒDERER et A. SLOIMOVICI
(travail de la clinique des maladies cutanées de la Faculté de médecine de Strasbourg.
Prof. L.-M. Pautrier) (1).

Nous avons eu déjà l'occasion de présenter succinctement, à la séance de janvier 1927 de la Réunion Dermatologique de Strasbourg, l'observation clinique d'un cas d'ulcère aigu de la vulve, maladie décrite pour la première fois par Lipschütz (de Vienne).

Nous nous proposions alors de revenir ultérieurement dans une étude détaillée, sur la symptomatologie, la bactériologie et l'histologie de cette curieuse maladie, restée jusqu'à présent presque inconnue du public médical français, quand dans le numéro de janvier 1917 des *Annales des maladies vénériennes* parut l'article très complet de Monnacelli, qui traitait le même sujet. Etant donné l'intérêt que présente cette affection au point de vue du diagnostic différentiel avec d'autres lésions ulcéreuses de la vulve, et de son pronostic, nous croyons indiqué, tout en renvoyant le lecteur pour de plus amples détails notamment la bibliographie, à l'article précité de Monnacelli, de revenir sur ce sujet en insistant surtout sur nos constatations bactériologiques et histologiques.

*
* *

Description clinique

D'après les travaux de Lipschutz et des auteurs allemands et autrichiens qui ont observé des cas d'ulcère aigu de la vulve, on peut distinguer trois types de cette affection :

1° *Forme aiguë.* — Début brusque accompagné de fièvre, frissons, douleurs vives et cuisantes. En même temps apparition rapide d'ulcérations uniques ou multiples, siégeant le plus sou-

(1) Manuscrit reçu le 20 septembre 1927.

vent au niveau des petites lèvres. Gagnant surtout en profondeur, ces ulcérations s'agrandissent progressivement dans les deux à trois premiers jours. Leur fond se recouvre d'un enduit pseudo-diphtérique, assez adhérent. A ce moment les ulcérations sont très douloureuses au toucher et répandent une odeur fade. Bientôt, dans les quelques jours qui suivent, la température baisse progressivement, les ulcérations se nettoient en commençant par la périphérie, et se cicatrisent en une quinzaine de jours en laissant de fines cicatrices lisses.

2° *Forme subaiguë.* — Le début de la maladie est subaigu, d'une évolution plus lente, durant quelques semaines. Ne se présentant plus accompagnées que par de légers symptômes subjectifs, sans température, apparaissent des ulcérations plus ou moins profondes, siégeant à l'entrée du vagin, sur les grandes ou les petites lèvres. Leurs bords peuvent être décollés et le fond recouvert d'une couche de pus.

Parfois il se produit plusieurs poussées successives, les ulcères des premières poussées étant déjà cicatrisés alors qu'il s'en forme de nouveaux.

3° *Forme miliaire.* — En 1913 Lipschutz décrivait seulement les deux formes cliniques sus-citées. Depuis lors on a ajouté une troisième forme qui se manifeste par des petits ulcères miliaires, grands comme une tête d'épingle, évoluant avec une grande rapidité, entourés d'un halo inflammatoire et légèrement infiltrés. Ce type peut évoluer tel quel ou se combiner aux deux types précédents. Les lésions siègent au niveau des grandes et des petites lèvres ou du périnée.

Dans les trois formes, malgré certaines différences cliniques qu'on peut constater à la lecture des observations publiées par Lipschutz et d'autres auteurs, c'est l'état général de la malade qui est toujours respecté, même quand l'affection s'accompagne de fièvre, la grande sensibilité des lésions, leurs manifestations purement locales, ne s'accompagnant jamais ni de lymphangite ni d'adénopathie inguinale, qui caractérisent la maladie et qui en constituent les symptômes cardinaux.

*
* *

Recherches bactériologiques

Mais malgré cette symptomatologie si nette qui donne à la maladie un tableau clinique tout à fait spécial, le diagnostic n'est pas toujours aisé et les questions qui s'imposent au médecin sont assez troublantes.

Ce sont alors les examens de laboratoire qui doivent tirer d'embarras.

Chez une malade présentant une symptomatologie entrant dans le cadre d'un des trois types décrits plus haut, l'absence d'un B.-W. positif, l'absence de tréponème à l'examen ultra-microscopique, et de bacilles de Ducrey à un examen microscopique, feront éliminer la possibilité d'un chancre syphilitique ou d'un chancre mou. Mais l'examen microscopique d'un frottis fait avec le pus qui recouvre la lésion ulcéreuse, peut permettre d'emblée le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve, par la présence en grande quantité d'un bacille que Lipschütz avait déjà vu en 1904, qu'il baptisa *bacillus crassus* et qui serait l'agent étiologique de cette maladie.

Ce bacille, se colorant facilement avec les colorants habituels : bleu de méthylène, thionine phéniquée, prenant le Gram, présente des analogies morphologiques avec la bactéridie charbonneuse.

Offrant une forme de bâtonnets, longs de 8 à 9 μ, larges de 0,5 à 1 μ, ils se trouvent tantôt isolés, tantôt groupés ou en chaînettes de trois à cinq articles. De forme régulièrement rectangulaire, leurs extrémités coupées en angle droit ne sont jamais arrondies.

Les premiers essais pour obtenir en culture pure le bacillus crassus ne furent pas couronnés de succès. Scherber, le premier, arriva à l'obtenir en culture pure, dans une atmosphère azoto-anaérobie. Loavi et d'autres auteurs par leurs travaux de contrôle, établirent que le bacillus crassus peut être facultativement aérobie mais a une prédilection pour les formes anaérobies. Nous renvoyons le lecteur pour de plus amples détails en ce qui concerne les différents procédés de culture qu'on a employés depuis les premiers essais de Scherber, à l'article de Monnacelli.

Nous voudrions seulement insister sur un moyen beaucoup plus simple, qui nous permit d'obtenir des cultures pures en 24

ou 48 heures, en nous servant du milieu de Libovius-Veillon. Nous n'insisterons pas sur la préparation de ces milieux. On la trouve décrite dans tous les traités de technique microbiologique.

Portés à 100° dans le bain-marie, pendant 20' pour liquéfier la gélose et en chasser l'air, nous préparons ainsi quelques tubes qu'on place ensuite dans un bain-marie à 40° pour maintenir la gélose liquide pendant les ensemencements.

Avec une anse flambée auparavant on racle assez profondément la surface de l'ulcération et on ensemence le premier tube. Bien agiter le tube pour distribuer régulièrement le pus ensemencé, et prélever quelques gouttes du tube I pour ensemencer le tube II qui de la même manière servira à ensemencer un tube III.

Aussitôt après l'ensemencement les tubes sont refroidis rapidement en position verticale et portés à l'étuve à 37°.

Après 36 à 48 heures on voit se développer dans les deux premiers tubes de toutes petites colonies grisâtres, arrondies, qui se trouvent surtout dans les couches profondes du milieu. Ces colonies s'accroissent progressivement pour arriver après 6 à 7 jours à leurs dimensions définitives. A ce moment elles ont la grandeur d'une petite tête d'épingle blanche. De coloration gris-jaunâtre, le centre est beaucoup plus foncé, jaune-brun. Le contour frisé marque assez indistinctement les limites de la colonie.

Si avec une pipette Pasteur, très finement effilée, on aspire une de ces colonies et l'examine au microscope sur un frottis après une coloration au Gram, nous retrouvons le bacillus crassus, avec presque le même aspect morphologique que sur les frottis pratiqués avec le pus prélevé sur l'ulcération. Néanmoins les éléments isolés sont plus rares, les formes en longues chaînettes, formées de 8 à 10 éléments prédominent. Le bacille un peu diminué en largeur, 0,2 à 0,3 μ présente la même longueur que sur l'ulcération.

Le bacillus crassus est-il, en effet, le germe spécifique de l'ulcère aigu de la vulve ? Lipschütz répond par l'affirmative, et il n'admet pas le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve dans les cas qui présentaient des analogies cliniques avec cette maladie, mais où l'examen microscopique ne décèle pas de bacillus crassus.

Tel n'est pas l'avis d'autres auteurs qui ont retrouvé le même bacille dans beaucoup d'autres affections intéressant les organes génitaux féminins : vulvo-vaginite infantile, métrites, etc. On l'a même identifié dans la cavité buccale, dans des accidents syphilitiques, des cas d'ulcérations vénériennes et tuberculeuses.

D'autre part de nombreux essais d'auto-inoculation ont toujours donné des résultats négatifs. Les essais de reproduire la lésion chez les animaux à l'aide d'émulsions de bacilles dans du sérum physiologique restèrent aussi infructueux. Les résultats positifs obtenus chez les cobayes par Scherber n'ont pas été confirmés par d'autres auteurs.

Il nous est donc aujourd'hui impossible de dire si le bacillus crassus est oui ou non l'agent spécifique de l'ulcère aigu de la vulve.

Il ne nous reste qu'à admettre l'hypothèse de Lipschütz, d'après lequel le bacillus crassus serait un saprophyte habituel de la muqueuse génitale. En effet on le retrouve très souvent sur la muqueuse vulvaire saine (grandes et petites lèvres, vagin, et peut-être même dans l'urèthre). Dans notre cas personnel, des frottis faits avec des glaires vaginales, nous ont montré le bacillus crassus presque en culture pure.

Sous l'action de facteurs qui nous sont jusqu'à présent inconnus, le bacillus crassus subit une exaltation de sa virulence et de saprophyte il peut devenir pathogène.

Cantonné seulement dans les couches superficielles de l'épiderme il occasionnera des exulcérations ou des ulcérations rappelant le type du chancre mou ; au contraire, une fois les couches superficielles franchies, le bacillus crassus peut se localiser en profondeur et les lésions produites prendront le type des ulcérations gangréneuses, accompagnées de fièvre, frissons et altérations de l'état général.

Observation personnelle

Notre cas personnel présente un tableau clinique typique de la forme aiguë, forme qui paraît être le plus souvent rencontrée.

Il s'agit d'une jeune fille H... L., âgée de 17 ans, vendeuse, qui se présente à la policlinique du service le 8 décembre 1926, envoyée par son médecin traitant pour une lésion suspecte siégeant au niveau de la grande lèvre droite.

Dans ses antécédents héréditaires nous ne trouvons rien d'important.

Ses parents sont vivants, en bonne santé. Un frère, âgé de 20 ans, bien portant ; une sœur aînée, morte à l'âge de 20 ans après un séjour prolongé dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire.

La malade ne connaît aucun autre cas de bacillose dans ses antécédents collatéraux. Elle-même, n'aurait jamais été gravement atteinte. Réglée depuis l'âge de 15 ans, époques sans particularité, toutefois il



Fig. 1.

y aurait à l'heure actuelle un retard de deux mois. La malade a fait un séjour au sanatorium d'Aubure du 16 août au 27 novembre, à la suite d'une hémoptysie unique au mois de juillet 1926.

Maladie actuelle. — Le 19 octobre la malade remarque au niveau de la lésion actuelle, une lésion ulcéreuse, un peu empâtée, douloureuse au moment de la miction, ayant causé le premier jour une élévation thermique atteignant 37°8.

La malade fut envoyée immédiatement à Colmar, où elle séjourna huit jours dans le service dermatologique du docteur Lang.

Trois ou quatre examens à l'ultra-microscope restèrent négatifs. Comme traitement, on lui appliqua des compresses humides, sous lesquelles la perte de substance se cicatrisa en une huitaine de jours. Bon état général pendant toute la durée de l'affection.

Le 4 décembre, donc à peu près 5 semaines après la disparition de la première lésion, pendant la nuit, la malade est tenue éveillée jusqu'à deux heures du matin par des douleurs lancinantes au niveau de la vulve et constate au matin une nouvelle lésion ulcéreuse au même endroit que la première. Elle déclare avoir eu de la fièvre.

Elle consulte un médecin qui l'adresse à la policlinique dermatologique.

Le 9 décembre, l'affection se présentait sous l'aspect suivant la lésion siège au niveau de la grande lèvre droite, sur sa face interne, à l'union du tiers moyen et inférieur et est caractérisée par une exulcération ovalaire, à grand axe vertical, mesurant 2 centimètres sur 7 millimètres. Elle n'a pas de bords nets, se creuse en pente douce vers le centre et est recouverte en grande partie d'un exsudat fibrinopurulent.

La lésion est encerclée par un liséré rouge vif, de un à deux millimètres de largeur. Elle n'est pas sensible à la palpation mais, au dire de la malade elle aurait été douloureuse au début. L'exulcération est doublée d'un empâtement légèrement rénitent, nodulaire. On n'aperçoit pas de points jaunes au pourtour. Les bords ne sont pas décollés. Le fond n'est pas anfractueux. La lésion se présente comme si au moyen d'une gouge on aurait fait sauter un copeau de tissu. L'aspect clinique est absolument celui d'un chancre syphilitique et l'adénopathie inguinale semble confirmer ce diagnostic.

On sent en effet dans les aines des deux côtés, un petit ganglion arrondi, gros comme un noyau de cerise, roulant sous le doigt, indolore. Toutefois le ganglion dans l'aine droite aurait été douloureux il y a deux jours. L'hymen est intact.

A l'examen somatique on ne trouve rien à la muqueuse buccale, la voûte palatine légèrement ogivale, la dentition implantée irrégulièrement. L'incisive latérale supérieure droite manque (extraite pour implantation défectueuse). Adénopathie rétrocervicale ; légère hypertrophie du corps thyroïde.

A l'auscultation du poumon on constate une respiration légèrement soufflante aux deux temps. Le cœur ne présente rien de particulier. Les réflexes sont normaux. Les pupilles rondes, égales, réagissent à la lumière et convergence. Le diagnostic initialement posé fut celui d'accident primitif. Mais des examens répétés à l'ultra-microscope restèrent négatifs. La recherche du B. de Ducrey fut également infructueuse. C'est alors que nous pensâmes à la possibilité d'un ulcère aigu de la vulve de Lipschütz. La recherche du *Bacillus crassus* sur frottis fut immédiatement positive et les cultures effectuées suivant la technique que nous avons indiquée plus haut nous donnèrent des cultures pures de *B. crassus* abondantes.

*
* *

Anatomie pathologique

Nous pratiquâmes enfin une assez large biopsie portant sur la bordure et sur le fond de l'ulcération.

L'histo-pathologie de l'ulcère de la vulve a été déjà traitée, assez sommairement il est vrai, par Lipschutz et Monnacelli. Nous avons trouvé dans notre cas des particularités intéressantes, non signalées par les deux auteurs précités, de sorte qu'il nous paraît utile de revenir sur ce point.

Au voisinage de l'ulcération l'épiderme devient hyperplasique, les crêtes interpapillaires s'allongent et deviennent irrégulières et dans le corps muqueux de Malpighi se trouvent de nombreux polynucléaires ; la kératinisation se fait partout normalement. Le fond de l'ulcération est formé d'une nappe fibrinopurulente, d'épaisseur variable, dans laquelle persistent çà et là quelques îlots épidermiques isolés.

Tout à fait à la surface se trouvent soit phagocytés dans les cellules, soit nageant librement dans la sérosité d'assez nombreux exemplaires du *Bacillus crassus*.

En dessous de cette couche fibrino-purulente commune à toutes les ulcérations cutanées, se trouvent des lésions qui nous paraissent particulières à l'ulcère de Lipschütz.

Ce qui prédomine c'est une prolifération très intense de vaisseaux de tous calibres. Les cellules endothéliales sont pour la plupart très gonflées. Les mitoses de cellules endothéliales sont assez fréquentes. La lumière de nombre de ces vaisseaux est formellement bourrée de polynucléaires, fait déjà signalé par Lipschütz. Les figures de diapédèse des polynucléaires sont très fréquentes, cependant fait assez troublant, on trouve très peu de polynucléaires dans le tissu environnant.

Par contre on trouve quelques plasmocytes et de nombreux mastocytes. Mais la cellule qui prédomine de loin dans l'infiltrat a un noyau très dense à chromatine compacte à contours extrêmement capricieux. Les noyaux en forme de virgule ou de haricot sont très nombreux. Nous avons même trouvé des formes tout à fait extraordinaires : deux boules chromatiques dont chacune a les dimensions d'un noyau ordinaire, reliées l'une à l'autre par un long filament de chromatine qui peut traverser l'espace entre plusieurs cellules.

Tous ces noyaux sont entourés d'une zone protoplasmique acidophile très restreinte. Ces formes cellulaires bizarres correspondent, autant qu'on peut en juger d'après les formes de transition observées, à des hystiocytes en souffrance, mais il est étonnant que malgré l'étendue et l'importance des phénomènes d'altération, on ne constate jamais de nécrose cellulaire.

Un autre type de cellule moins répandu témoigne également de ces phénomènes de souffrance. Il s'agit de cellules à noyaux également très dense à contours crénelés, à protoplasme basophile finement vacuolisé.

Là non plus l'altération cellulaire n'arrive jamais à la nécrose.

Nous considérons ce dernier type de cellules comme des macrophages altérés (Il est bien entendu que nous appelons macrophage une forme évolutive de l'histiocyte).

Toutes ces lésions vasculaires et infiltratives s'étendent bien au delà de l'ulcération superficielle.

Nous nous croyons donc autorisés à considérer ces lésions comme la résultante de l'action des toxines produites par les bacilles qui pullulent à la surface de la lésion.

Il est évident que cette image histologique est tout à fait différente de celle du chancre mou et du chancre syphilitique.

Les lésions que nous venons de décrire se rapprochent sensiblement de celles des gangrènes produites par les différents anaérobies. Cependant dans ce dernier cas les phénomènes d'altération cellulaire aboutissent toujours à une nécrose franche des différents éléments.

*
* *

L'ulcère aigu de la vulve n'est pas une maladie vénérienne, Lipschütz le déclare catégoriquement, et les faits qu'il cite à l'appui de cette affirmation sont très probants.

Maladie qui sévit surtout dans les pays centraux de l'Europe, elle s'observe très fréquemment chez les jeunes filles vierges. Chez les femmes ayant eu déjà un passé sexuel, son apparition n'est pas en rapport avec le coït, l'ulcération pouvant faire son apparition plusieurs mois après un dernier rapport.

Considérée longtemps comme une maladie se localisant exclusivement sur la muqueuse génitale féminine, on peut tout de même citer deux cas, un de Lipschütz, l'autre de Voltz, de malades de sexe masculin, atteints d'ulcérations dans le pus desquelles le *Bacillus crassus* fut mis en évidence.

Si comme nous l'avons vu plus haut, le tableau clinique que présentent les malades atteintes d'ulcère aigu de la vulve, est assez caractéristique pour permettre assez aisément d'en faire le diagnostic, celui-ci peut cependant présenter parfois des difficultés assez sérieuses.

L'ulcère aigu de la vulve peut se présenter comme c'était le cas dans notre observation, sous l'aspect d'un *chancre syphilitique*. De couleur rouge chair musculaire à bords non décollés, à fond uni, le diagnostic avec cette dernière affection se fait par l'absence de l'induration, absence de l'adénopathie satellite, une sensibilité qui n'entre pas dans le tableau clinique d'un chancre

dur. D'autre part, l'absence de tréponèmes et d'antécédents vénériens aideront à trancher le diagnostic.

Avec le chancre mou le diagnostic se fait par l'absence du bacille de Ducrey, l'auto-inoculabilité négative, par les antécédents et l'évolution ultérieure de l'ulcération. L'ulcère gangréneux serait facile à différencier par la mise en évidence des microbes anaérobies, cet ulcère étant provoqué par la symbiose fuso-spirillaire.

Le diagnostic peut présenter des difficultés assez sérieuses avec l'ulcère post-herpétique. Néanmoins il sera fait par le polycyclisme et le microcyclisme des contours des lésions herpétiques, par les antécédents d'herpès, par le mode d'apparition de l'éruption à éléments souvent multiples et épars, par la coexistence de vésicules aberrantes, par l'évolution hâtive et la cicatrisation rapide de l'herpès.

Les ulcérations tuberculeuses sont faciles à éliminer par leur évolution subaiguë et chronique.

En tout cas on devra penser à la possibilité d'un ulcère aigu de la vulve de Lipschütz, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'ulcérations génitales d'allure anormale chez une femme et particulièrement chez une vierge, et faire les recherches de contrôle que nous avons rappelées.

*
* *

La *thérapeutique* de l'ulcère aigu est des plus simples : les bains de siège, les applications de solutions antiseptiques : oxycyanure de mercure 1 p. 8000, eau oxygénée à 6 p. 100, les badigeonnages au bleu de méthylène au centième, les saupoudrages à la poudre de dermatol feront disparaître promptement l'ulcération, dont le pronostic très bénin d'habitude, peut parfois être compliqué par une ou plusieurs récidives.

ÉPIDERMOLYSE LOCALISÉE CHEZ UN ICHTYOSIQUE

Par M. René GONIN, de Lausanne. Ancien chef de clinique (1)

Lorsqu'on est en présence d'une dermatose, l'on doit s'efforcer de penser étiologiquement, afin d'en découvrir si possible l'affection causale. Mais il est des cas, trop nombreux encore, où l'on ne peut que se borner à une méticuleuse observation morphologique. Tout au moins cette méthode permet-elle de constater des faits cliniques, qui semblent au premier abord l'effet de simples coïncidences et qui pourtant ont peut-être une base commune.

L'observation suivante — épidermolyse localisée au gland et au prépuce — nous a paru intéressante à ce titre.

En effet, cette affection est survenue chez un ichtyosique. Est-ce là une rencontre fortuite ou pourra-t-on, à la lumière d'autres observations, constater l'existence d'une certaine combinaison entre ces deux affections, comme on l'a déjà fait entre le pemphigus congénital et diverses formes d'hyperkératose ichtyosiforme congénitale ?

Voici cette observation :

P... L... né en 1900. Père mort de néphrite chronique. Mère en bonne santé, mais ichtyosique légère. Tante paternelle ichtyosique très manifeste.

Dès sa première enfance, P... L... présente une peau sèche et squameuse. L'abdomen, la face externe des cuisses, les fesses, la face externe des bras, la paume des mains sont le plus atteints. Les plis articulaires sont indemnes.

Cette affection, très gênante jusqu'à l'adolescence, s'est nettement améliorée.

Pas de maladie grave, mais en 1924 attaque violente de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Vie génitale débute en 1914, à l'âge de 14 ans. Rapports fréquents

(1) Manuscrit reçu le 20 septembre 1927.

sans aucun incident jusqu'en février 1925 où, à la suite d'un rapport un peu laborieux, il accuse une sensation de brûlure du gland, puis, dans les minutes suivantes, voit s'y développer des formations bulleuses.

Ces bulles guérissent en trois semaines; puis nouveaux rapports, nouvelles bulles, et ainsi de suite. Se soigne par des pansements locaux à l'eau oxygénée, à l'iodoforme, etc.

Nous voyons le malade pour la première fois le 30 juin 1926, le lendemain d'un rapport ; nous notons l'état local suivant :

Sur le gland, face latérale droite, bulle légèrement flétrie, translucide, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, contenant un liquide séreux.

La zone latérale gauche présente une bulle identique qui s'est déchirée et laisse sous elle une surface humide et lisse. Sur la muqueuse du prépuce, deux ou trois bulles plus petites, mais à demi-flétries.

Petite cicatrice chéloïdienne, rappelant un grain de blé, sur la face latérale gauche du gland.

Ganglions inguinaux gauches augmentés de volume mais indolores.

Réaction de Bordet-Wassermann négative. Réaction de Vernes = 0.

Ces lésions traitées par des poudrages et par des lavages astringents sont cicatrisées vers le 15 juillet.

A cause de la longueur du prépuce et par suite de la formation anormalement abondante de smegma très fétide, contribuant à maintenir ces régions dans un certain état de macération, nous conseillons une circoncision.

Cette suggestion n'est d'abord pas acceptée ; ce n'est qu'à la suite de nouvelles bulles, consécutives à la même cause, que l'intervention est décidée.

Le 17 mars 1927, circoncision selon la technique de Marion. En suturant la peau du pénis à la muqueuse du sillon balano-préputial, l'aiguille, piquée d'abord au travers du chorion, provoque, avant de perforer la couche épithéliale, un petit cône de décollement, preuve d'une fragilité particulière de la muqueuse préputiale.

Suites opératoires normales ; seule la région du frein demande pour se cicatriser quelques jours de plus que chez les sujets habituels.

Le 16 avril, P... L... se voyant tout à fait guéri, nouveau rapport ; à la suite les mêmes formations bulleuses apparaissent rapidement, mais cette fois exclusivement cantonnées sur la couronne du gland.

Nous ne revoyons le malade que le 19 avril ; à ce moment, quelques-unes des bulles sont déchirées, le contenu des autres — liquide plutôt filant — examiné au microscope ne montre que quelques mononucléaires, de rares polynucléaires, sans aucun éosinophile, et de très rares cellules épithéliales.

L'examen du sang donne le résultat suivant :

Hémoglobine (Sahli). .	75 = 95 o/o
Globules rouges . . .	4.672.000
Index.	1,0
Leucocytes	9.700

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	57,66 o/o
Polynucléaires éosinophiles	1,33 o/o
Polynucléaires basophiles	0,33 o/o
Grands mononucléaires et formes de transition.	6,33 o/o
Lymphocytes	33,33 o/o

Plaquettes sanguines en nombre augmenté.



Fig. 1.

Essayant, ce même jour, de reproduire expérimentalement des lésions que nous avons observées, nous pressons entre deux doigts la surface du gland ; nous formons ainsi un pli et nous avons nettement l'impression d'avoir produit un décollement des couches superficielles de la muqueuse ainsi traumatisée, et *en moins de deux minutes*

nous voyons se produire la grosse bulle que montre cette photographie.

Nulle part ailleurs, sur toute la surface cutanée, ce signe de Nikolski n'est visible. Notons encore qu'aucune des surfaces exposées à des pressions (orteils, talons, paume des mains, doigts, fesses, etc.) n'a jamais présenté de lésions de ce type, ceci même au cours des marches militaires les plus longues.

Ces faits permettent, nous semble-t-il, de faire rentrer cette observation dans le cadre des épidermolyses bulleuses, sans toutefois nous révéler la raison de la localisation exclusive des lésions sur le prépuce et sur le gland.

L'apparition de ces accidents bulleux est exclusivement consécutive à un traumatisme pourtant léger. Nous ne nous expliquons pas pourquoi pendant une dizaine d'années le même traumatisme est resté sans effet, mais nous nous demandons quelles sont les causes histologiques locales ou peut-être humorales générales, qui ont tout à coup modifié la résistance de ces régions.

Quoi qu'il en soit, au point de vue prophylactique, tous les procédés tendant à diminuer les frottements lors des rapports sont évidemment indiqués.

Localement, il paraît logique de recommander l'utilisation de lotions astringentes, mais cette thérapeutique s'est montrée insuffisante. L'autohémothérapie ou peut-être un traitement par les rayons X — identique à celui que l'on a mis au point pour certaines formes d'eczéma — sera-t-il plus efficace ? C'est ce que nous observerons.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1927.

Annales des maladies vénériennes (*Paris*).

La séro-hémofloculation, sa sensibilité et sa spécificité dans la syphilis, par BANCIU (A.) et VATAMANU (N.). *Annales des maladies vénériennes,* 20e année, no 10, octobre 1927, pp. 721-730.

La séro-hémofloculation décrite par Prunell (*C. R. de la Société de Biologie*, vol. XCV, p. 1186) serait d'une sensibilité plus grande et permettrait l'utilisation du sérum à l'état frais, sans avoir besoin d'alexine et d'hémolysine. Les auteurs ont suivi la technique originale et ont comparé les résultats avec ceux de la réaction de Bordet-Wassermann et de Meinicke. Sur 1.000 sérums examinés, concordance avec la réaction de Bordet-Wassermann dans 90,6 o/o, avec le Meinicke (M. T. R.) dans 90,9 des cas, avec les 2 réactions dans 89,2 o/o.

Cette réaction de Prunell donne un plus grand pourcentage de résultats positifs que les 2 autres réactions. L'étude des cas montre qu'elle peut donner des résultats positifs en dehors de la syphilis ; cette hypersensibilité qui est réelle, n'est pas absolument spécifique et on doit contrôler ses résultats avec ceux de la réaction de Bordet-Wassermann et de Meinicke. Par contre un résultat négatif permet d'éliminer sûrement la spécificité. Suivent quelques détails de technique de la réaction.

H. RABEAU.

La Presse Médicale (*Paris*).

La réaction de précipitation dans les sérums antigonococciques, par DOMBRAY et MOREL. *Presse médicale,* no 79, 1er octobre 1927, pp. 1190-1191.

La précipitation qui se produit au contact d'un antigène et d'un sérum antigonococcique atteste dans ce dernier la présence d'anticorps spécifiques. Les auteurs ont pensé que cette réaction de précipitation pourrait être d'une aide précieuse dans la prophylaxie individuelle et sociale. Ils ont réussi en préparant des lapins par des injections répétées de gonocoques pendant longtemps à obtenir un extrait de foie qui leur sert d'antigène, réalisant un mélange de substances microbiennes et d'albumines animales. La technique de la réaction est simple. Le pourcentage de réactions positives chez les malades atteints d'affection gonococciques est de 90 o/o. La réaction devient négative après guérison.

H. RABEAU.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie, par SIMON (CLÉMENT). *Bulletin médical*, 43e année, nos 40 et 41, 1er et 8 octobre 1927.

C'est une tâche difficile pour le praticien de se tenir au courant des acquisitions nouvelles dans le domaine tel que la Dermato-Vénéréologie. Les mémoires paraissent dans des revues qu'il ne reçoit pas d'ordinaire et on ne peut lui demander, par exemple de lire le volume publié après la conférence de Strasbourg sur le lichen plan. Il n'en saurait trouver le temps. Aussi sera-t-il reconnaissant au docteur Clément Simon de lui dire rapidement ce qu'il doit savoir de telles questions. S. réussit à présenter comme des choses simples et claires des sujets complexes et discutés. Il élague, choisit, ajoute le résultat de son expérience, et les critiques les plus averties. Tout cela en une langue facile et agréable.

Les deux lettres XI et XII montrent : la première comment on doit envisager le traitement du chancre mou par les médications dits de choc spécifiques ou non spécifiques, la deuxième expose l'état actuel de la question du Lichen plan.

Encore que ces sujets soient très connus du spécialiste, il ne sera pas sans intérêt pour lui d'en lire ce que l'auteur en considère comme l'essentiel. H. RABEAU.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

La malariathérapie, par LEVENT (R.). *Gazette des hôpitaux*, 100e année, no 81, 8 octobre 1927, pp. 1331-1334.

Courte revue générale d'actualité sur la technique et les résultats de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale.

A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

Un cas de psoriasis traité par la douche filiforme et paraissant guéri, par JUMON (H.). *Journal de Médecine de Paris*, 47e année, no 41, 13 octobre 1927, p. 812.

Observation d'une jeune fille atteinte de psoriasis discret, traitée par la douche filiforme à la Bourboule en 1926 ; revue en 1927 la guérison s'était maintenue. J. estime que la douche filiforme devrait être tentée dans tous les cas analogues. H. RABEAU.

Traitement schématique de la syphilis infantile, par GALLIOT (A.). *Journal de Médecine de Paris*, 47e année, no 43, 27 octobre 1927, p. 847.

Encore que schématiser soit en médecine difficile. G. indique quels traitements il emploie, insistant sur la nécessité de commencer le traitement dès la naissance, que l'enfant présente ou non des manifestations spécifiques ou non. Il débute par un traitement arsenical (sulfarsénol ou acétylarsan) qu'il fait suivre de cures mercurielles. Le

traitement devra être longtemps prolongé, on pourrait lui associer la médication opothérapique pluriglandulaire. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Du rôle de la peau dans la production des anticorps, de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie, par Klukhine (E.). *Annales de l'Institut Pasteur,* t. XLI, n° 10, octobre 1927, pp. 1108-1113.

Devant les résultats obtenus par l'application du principe de l'immunité locale de Besredka à la vaccinothérapie, K. s'est demandé si le principe ne serait pas applicable à la sérothérapie. Golovanoff expérimentant sur le cobaye a pu dans certaines conditions créer une sensibilisation anaphylactique. K. a essayé de déterminer ces conditions. Ce n'est que lorsque l'épiderme présente des altérations marquées, que les anticorps s'élaborent dans le sérum à la suite d'applications cutanées de certains antigènes. Il a pu sensibiliser ainsi des cobayes vis-à-vis des protéines du sérum de cheval. Chez ces animaux sensibilisés vis-à-vis du sérum de cheval par la voie parentérale on n'arrive pas à provoquer de véritable choc anaphylactique lorsque l'infection déchaînante est faite par la voie cutanée. Les cobayes sensibilisés se prêtent à la vaccination antianaphylactique par le procédé de Besredka, par simple application du sérum sur la peau rasée. L'intensité et la rapidité de ces pénétrations sont fonction des altérations subies par l'épiderme au niveau de l'application de ces antigènes. H. Rabeau.

Au sujet du séro-diagnostic du cancer. Les phénomènes de précipitation, par Mondam (Ch.), Douris (R.) et Beek (J.). *Annales de l'Institut Pasteur,* t. XLI, n° 10, octobre 1927, pp. 1097-1108.

On sait quel intérêt s'attache au diagnostic précoce du cancer. Les auteurs ont tout d'abord étudié la réaction de Thomas-Binetti, et montré dans un précédent mémoire que la réduction du bleu de méthylène attribuée par les auteurs au sérum cancéreux était dû en réalité à l'action des microbes apportés par l'extrait servant de réactif. Dans ce mémoire ils étudient la réaction de Bothello. Elle a subi plusieurs modifications : une citro-réaction, deux azoto-réactions, une ammo-réaction. Leurs recherches ont été faites avec l'A. Z. R.[2], à laquelle Bothello donne la préférence. Ils décrivent la technique suivie, leur mode d'interprétation, leur mode de mesure de la réaction. Pour eux la réaction de Bothello est tout simplement une réaction de précipitation des albuminoïdes du sérum en milieu acide par un réactif précipitant non spécifique. La production ou la dissolution d'un précipité formé avec des matières albuminoïdes dépend essentiellement de la proportion des constituants (excès : dissolution, insuffisance-précipitation). Cette réaction ne peut être considérée comme spécifique des affections cancéreuses. Pour la rendre plus intéressante ils proposent une technique permettant de chiffrer les résultats et de suivre ainsi dans les cas positifs, l'action du traitement de l'évolution de la maladie. H. Rabeau.

Annales de Médecine (Paris).

Anaphylaxie passive cutanée chez l'homme, par Pasteur Vallery-Radot et Giroud (Paul). *Annales de Médecine,* t. XXII, n° 3, octobre 1927, pp. 260-267 (1 tableau).

Après une revue des travaux antérieurs, les auteurs rapportent leurs propres expériences. L'injection dans le derme d'un sujet quelconque de 1/10 de centimètres cubes du sérum d'un autre individu sensibilisé, fait apparaître au point d'injection la même sensibilisation spécifique (36 fois sur 38), qui reste strictement locale.

A. Bocage.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Epiloïa, par Comby (J.). *Archives de médecine des Enfants,* t. XXV, n° 10, octobre 1927, pp. 605-610.

Excellente revue générale avec références bibliographiques concernant cette curieuse affection congénitale caractérisée par la présence d'adénomes sébacés et de tumeurs viscérales, accompagnées d'insuffisance mentale et de crises épileptiformes. A. Bocage.

Paralysie infantile chez un hérédospécifique, par Babonneix et Widiez *Archives de médecine des Enfants,* t. XXX, n° 10, octobre 1927, pp. 598-601.

Simple observation d'un cas de paralysie infantile typique chez un sujet de 20 ans, né de mère syphilitique, ne présentant lui-même aucun stigmate d'hérédosyphilis. Le Wassermann était faiblement positif dans le liquide céphalo-rachidien, négatif dans le sang.

A. Bocage.

Lipo-dystrophie segmentaire congénitale du nourrisson, par Carrau (A). *Archives de médecine des Enfants,* t. XXX, n° 10, octobre 1927, pp. 602-604.

Sous cette dénomination qu'il crée l'auteur publie l'observation d'un enfant de six mois qui présente à partir des poignets et des chevilles un amincissement brusque de la peau des extrémités, avec perte de l'élasticité et surtout disparition totale de la graisse sous-cutanée, permettant d'apercevoir le réseau des veines superficielles sinueuses et très dilatées. Les ongles sont petits ; leur développement est arrêté.

Cette anomalie est congénitale et symétrique ; l'auteur émet l'hypothèse d'une origine endocrinienne. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Epidémies d'exanthème infectieux de nature indéterminée observées sur le littoral méditerranéen, par Boinet et Pieri (Jean). *Académie de Médecine,* 3e série, t. XCVIII, 4 octobre 1927, pp. 173-182.

Il s'agit d'une épidémie observée depuis 1924 dans la région de Marseille, survenant par cas isolés, rarement dans la même famille,

dans tous les milieux sociaux. L'agent de transmission est inconnu et ne paraît pas être le pou.

La maladie est caractérisée par une fièvre à début brusque persistant en plateau autour de 40° pendant la durée de l'éruption et se terminant en lysis rapide. L'éruption apparaît vers le 3e jour sur les membres inférieurs et gagne le tronc puis la face : elle est formée de taches un peu surélevées rosées puis légèrement violacées mais rarement ecchymotiques.

Il existe souvent une petite escarre « la tache noire » en un point quelconque du corps parfois précédée d'une folliculite suppurée et accompagnée d'un ganglion volumineux.

Lassitude, état saburral, diarrhée, grosse rate, parfois un peu de congestion des bases, oligurie, rarement albuminurie, exceptionnellement épistaxis sont les seuls symptômes à noter.

Un seul cas fut mortel chez un myocarditique ancien. On a vu des formes méningées.

Tous les examens de sang sont négatifs ; en particulier il n'y a pas d'agglutination du Protéus X19 comme dans le typhus exanthématique. Il s'agit donc d'une affection distincte de la maladie de Brill (typhus exanthématique bénin) ; elle est proche de la dengue.

A. Bocage.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux (*Paris*).

Un cas de syphilis tertiaire du foie avec dilatation kystique des voies biliaires, par Brulé et Boulin (R.). *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 43e année, n° 29, 27 octobre 1927, pp. 1366-1370.

Observation classique de syphilis tertiaire du foie survenue chez une femme de 59 ans s'accompagnant de gommes cutanées, de signes d'aortite, de Bordet-Wassermann positif. Une anomalie : dans la région sous-hépatique une masse fluctuante arrondie indolore, de la grosseur du poing, semblant rattachée au foie par un pédicule. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une poche kystique remplie de bile, indépendante de la vésicule, se prolongeant à l'intérieur du lobe droit par un cul-de-sac infundibuliforme. H. Rabeau.

Sur un cas d'épithélioma nævique avec granulie cancéreuse, par Léon-Kindberg et Garcin (R.). *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 43e année, n° 29, 27 octobre 1927, pp. 1361-1365.

Observation anatomo-clinique fort intéressante d'une femme de 37 ans entrant à l'hôpital pour des douleurs dans l'hypocondre droit, et des manifestations paralytiques apparues à l'œil droit depuis 3 semaines. L'interrogatoire serré permet de noter une « petite verrue sans importance » enlevée 2 ans avant parce qu'elle saignait. Cette malade présente une généralisation d'un épithélioma nævique, d'une impressionnante luxuriance. Les auteurs insistent sur la rapidité et l'intensité des généralisations consécutives à l'extirpation chirurgicale des nævi en puissance néoplasique. Leur malade présentait des mil-

liers de noyaux épithéliomateux, réalisant une véritable granulie cancéreuse macroscopique. H. Rabeau.

Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Cancers de la cavité buccale traités par le radium, par J. Gagey. *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 13. Séance du 19 octobre 1927, p. 424-431.

G. présenta à la Société quelques malades traités, pour des épithéliomes vérifiés histologiquement, par la radiumpuncture, résultats excellents sans mutilation. Il utilise des aiguilles creuses de platine de 3/10 de millimètre d'épaisseur, dans lesquels on introduit des petits tubes contenant 1 mgr. 38 de radium. L'épaisseur de la gaine étant de 2/10, on a une filtration de 5/10 de radium. Il faut traiter toute l'étendue de la tumeur et de la zone infiltrée, que les aiguilles soient éloignées l'une de l'autre d'un centimètre, difficulté assez grande, parce que à moins de un centimètre on a un radium dermite à plus de un centimètre tout le tissu malade n'est pas détruit. Les résultats du traitement sont naturellement très différents suivant que les ganglions sont envahis ou non. Le traitement de ces adénopathies lui semble devoir être réservé exclusivement à la chirurgie, ablation après ligature de la carotide externe. C'est un procédé mixte, qui lui a donné des résultats dont certains sont remarquables.

H. Rabeau.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur le lichen ruber érythémateux. Zur Lehre vom Lichen ruber erythematodes, par Umansky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVIII, n° 40, 1er octobre 1927, p. 1381 (2 fig.).

Il s'agit d'un homme de 50 ans chez lequel l'apparition d'éléments typiques (examen histologique) de lichen plan fut précédée pendant plusieurs mois par l'apparition de plaques érythémateuses plus ou moins infiltrées, dont l'examen histologique ne montre que des lésions banales (parakératose, etc.). La ponction lombaire donna un liquide normal, mais sensiblement hypertendu, et elle s'accompagna d'une notable amélioration, puis de guérison.

Cette forme décrite dès 1892 par Kaposi, a été depuis lors signalée dans un certain nombre de cas en Amérique, en France, en Angleterre, mais elle est peu connue. U. juge que dans ce cas l'origine nerveuse était vraisemblable (action de la ponction lombaire).

Ch. Audry.

Sur un cas d'érythème polymorphe récidivant à gros nodules avec localisation atypique. Uber einen Fall von rezidivierendem grossknotizem Erythema exsudativum multiforme mit'atypischer Lokalisation, par J. Samek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 41, 8 oct. 1927, p. 1409 (1 fig.).

Une femme de 54 ans, atteinte d'insuffisance mitrale, présente au

début de chaque printemps, depuis 10 ans, une poussée d'érythème polymorphe fébrile. La dernière récidive a été particulièrement intense. Elle présente sur le tronc et les membres un certain nombre d'énormes plaques infiltrées qui débutent par un nodule lequel va en s'étendant et se couvre de bulles marginales, très douloureuses. Au centre, exulcération. Au microscope, lésions habituelles (thrombose vasculaire blanche entourée d'endothélite, etc.). La recherche des microbes n'a pas donné de résultats. Cependant tout porte à croire qu'il s'agit d'une infection bactérienne indéterminée, peut-être *sui generis*.

Ch. Audry.

Lymphangiectasie nodulaire disséminée de la peau. Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata, par A. Glaubersohn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 42, 15 oct. 1927, p. 1437.

Chez une paysanne de 18 ans, syphilitique, atteinte de néphrite avec albuminurie massive, on vit survenir des œdèmes et des zones d'infiltration sur les jambes et les cuisses. Sur les zones infiltrées et sur les parties saines de la peau apparurent un certain nombre (46) de lésions constituées par des nodules indolents semblables à des vésicules contenant un liquide qui disparaissait sous le doigt dans la profondeur de la peau. Quelques-uns de ces nodules étaient de consistance turgescente, d'autres flasques, recouverts d'un épiderme atrophié. Ils étaient dispersés mais respectaient les mains, les pieds, les jambes, le dos. L'examen histologique montra des lymphatiques dilatés et de l'artérite. Point d'infiltration inflammatoire. Des cas de ce genre ont été signalés, le premier par Jacovleff qui l'avait rencontré sur une fille de 18 ans, atteinte d'arthrites aiguës avec œdème de la face et du corps. Il est probable que dans le cas de G., la néphrite joua un rôle essentiel en provoquant une stase lymphatique et de l'exsudation de voisinage.

Ch. Audry.

Sur un phénomène irritatif non encore décrit dans l'érythème exsudatif multiforme. Uber ein bisher noch nicht beschriebenes Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme, par A. Perutz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 43, 22 octobre 1927, p. 1481.

Sur une femme de 23 ans, atteinte d'érythème polymorphe, P. constata l'apparition d'excoriations recouvrant des saillies perlées apparues consécutivement au grattage.

Artificiellement, avec un coup d'ongle cruciforme, P. a pu faire apparaître une petite efflorescence papuleuse apparente le lendemain, qui atteignait 24 heures plus tard la dimension d'une lentille. Dans presque tous les cas (16 fois sur 19), un léger grattage suffit pour faire apparaître une petite hémorragie cutanée, à la condition d'opérer pendant les premiers jours de la maladie. A un degré moins élevé, le phénomène d'irritabilité se manifeste par une petite tache érythémateuse. Jamais on ne l'obtient sur la peau du dos. Une seule fois, P. a obtenu une vésicule. La réaction est spécifique, car P. n'a rien obtenu de semblable au cours d'autres dermatoses. Ch. Audry.

Sur une formation d'apparence néoplasique du tissu élastique. Uber eine geschwülstähnliche Bildung der Elastika, par G. SCHALLINGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 44, 29 oct. 1927, p. 1509 (2 figures).

Arzt a divisé les altérations élastiques en : séniles, dégénératives, colloïdes, colloïd-milium et pseudo-xanthome élastique (Darier). Ce dernier est-il une tumeur, un élastome (Juliusborg), un hamartome ou une hyperplasie?

Chez un homme de 45 ans, malade depuis 10 ans, on observait une quantité de petites tumeurs disséminées sur la peau, nodulaires, bleuâtres, souvent ramollies et même fistuleuses. Histologiquement, structure granulomateuse avec cellules géantes, etc. On n'arriva pas à déterminer la nature de ces nodules; mais sur une cicatrice existait une petite lésion jaune semblable à du xanthome, c'est-à-dire sous forme de petits noyaux jaunes, mal circonscrits. Ces noyaux étaient formés de tissu élastique offrant des signes de dégénérescence. Cliniquement et histologiquement, le cas rentrait dans le cadre du pseudo-xanthome élastique de Darier, mais la pathogénie de cette altération reste tout à fait indéterminée. CH. AUDRY.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la maladie de Fox-Fordyce (Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit), par F. YUNG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, nº 2, octobre 1927, p. 112.

Une observation recueillie chez une femme de 23 ans qui fut guérie par une application de potasse caustique. La malade qui avait été réglée tardivement et avait été autrefois très « nerveuse » présentait un léger goitre avec syndrome de Basedow. CH. AUDRY.

Maladie de Fox-Fordyce et neurodermite (Fox-Fordycesche Krankheit und Neurodermitis), par V. ROQUES. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, nº 2, octobre 1927, p. 108.

Dans un premier cas, il s'agit d'un syndrome de Fox Fordyce observé chez un homme de 62 ans (il datait de 7 ans) dont l'examen histologique montra seulement les altérations habituelles de la neurodermite circonscrite, sans participation des sudoripares. Dans le second cas, observé chez une femme de 18 ans, il y avait au contraire en même temps de la dilatation des sudoripares. Il peut donc exister des neurodermites axillaires semblables au Fox-Fordyce, mais en réalité distinctes par l'absence de lésions sudorales.

Il n'est pas justifié de considérer, de dénommer comme neurodermite le syndrome bien autonome de Fox-Fordyce qui n'en est pas une, puisqu'il en diffère par la lésion des sudoripares.

CH. AUDRY.

Sur la pathogénie de la « perifolliculitis abscedens » et « suffodiens » de la tête (E. Hoffmann) et ses rapports avec l'acné conglobée (Zur Kenntnis der Pathogenese der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens (E. Hoffmann) und ihrer Beziehungen zur Acne conglobata), par

S. Cueni. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 2, octobre 1927, p. 94 (20 figures en 4 planches).

Après avoir résumé les recherches antérieures parues depuis le travail initial d'E. Hoffmann, C. donne cinq observations recueillies à Bâle, dans la clinique de Lutz. Il conclut, en s'appuyant sur des coupes en série : on voit que la lésion chronique, jusqu'à présent indéterminée, décrite sous le nom de *perifolliculitis abscedens* et *suffodiens* a son point de départ dans une rétention cornée dans le follicule, rétention qui engendre une irritation du follicule et du tissu conjonctif voisin, qui provoque une végétation proliférante profonde avec des prolongements contenant des cavités. L'invasion de ces lésions par les microbes pyogènes y produit des altérations folliculitiques que le couvercle épidermique enferme, dont il gêne la guérison et qui aboutit à des pustules multiples d'évacuation. L'acné conglobée n'en diffère en rien, sauf par sa localisation, et par le développement exagéré de l'appareil folliculaire. La folliculite sclérosante de la nuque (Ehrmann) et la pyodermite chronique papillaire exulcérante (E. Hoffmann) ont certains rapports avec la *perifolliculitis abscedens* et *suffodiens*, mais elles en diffèrent par leur développement et leur évolution. Ch. Audry.

Réactions au benjoin colloïdal bicoloré dans le liquide céphalo-rachidien (Bikolorierte Harzkolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis), par A. Marchionini et F. Stern. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 2, octobre 1927, p. 81.

Les auteurs appliquent au benjoin colloïdal le procédé de double coloration du mastic, décrit par v. Thurzo. Comme colorant, ils se servent de fuchsine-brillant et de vert-lumière. Le liquide normal montre une altération de la couleur dans les trois premiers tubes qui sont rouges, pour tendre progressivement au rouge-violet et aboutir dans les dilutions élevées à la teinte initiale. La courbe syphilitique est caractérisée par une floculation « gauche » (dilutions faibles) : pas de différence entre la paralysie générale, le tabès et la syphilis cérébrale. Dans la méningite, courbe à floculation « droite » (dilutions les plus fortes) ; donc séparation très nette des deux zones. L'encéphalite, la polyomyélite, les tumeurs cérébrales et la sclérose multiple donnent, quand il y a réaction positive, une floculation gauche.

Avec le Schellack, le liquide normal ne modifie pas la solution. Les liquides pathologiques donnent des précipitations d'intensité variable. Comparées aux réactions non colorées, les réactions colorées sont, pour le benjoin seulement, de lecture et d'interprétation plus faciles. Elles sont inférieures à l'or colloïdal pour le diagnostic des lésions du système nerveux central, bien que le benjoin coloré se rapproche de l'or ; mais, dans les méningites, elles lui sont supérieures.

Les réactions colloïdales sont plus précoces et plus tenaces que la réaction Wassermann. L. Chatellier.

Sur la morphologie, la longévité et le diagnostic du spirochète pâle

(Beitrag zur Morphologie, Lebensdauer und Diagnostik der Spirochäta pallida), par E. Kadisch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 2, octobre 1927, p. 117.

K. recueille, d'une lésion fraîche, des spirochètes qu'il mélange à du sérum à 0,85 o/o, à du sérum humain normal et à un sérum avec R. W. +. Il lute à la paraffine entre lame et lamelle une goutte de ces mélanges, qu'il porte tantôt à l'étuve, tantôt à la glacière, tantôt à la lumière du jour.

Après 2 mois 1/2 de séjour à la glacière, il trouve des spirochètes mobiles ; à la température de la chambre, il en trouve 4 semaines après ; à l'étuve, 8 jours après, plus de spirochètes vivants. L'addition de sérum diminue la longévité du spirochète, sans différence entre un sérum normal et un sérum positif. K. confirme donc la constatation de Frühwald : à 36°, le spirochète disparaît plus tôt qu'à la glacière ou à la température du laboratoire. On rencontre fréquemment à l'ultra-microscope des formes variées de spirochètes.

L. Chatellier.

Fortschritte der Medizin (Berlin).

Dermatite par les primevères, par Nestler. *Medizinische Klinik*, n° 12, p. 1927, analysé *in Fortschritte Medizin*, t. XLVI, n° 42, 20 octobre 1927, p. 183.

Pinkus a prétendu que toutes les primulacées étaient dangereuses et qu'il fallait en interdire la vente. N. dit que la *Primula auricula* et la primevère officinale sont tout à fait innocentes, mais que la « becher-primel » d'origine chinoise était dangereuse dans ses nombreuses variétés, et par l'intermédiaire d'un principe cristallisable ; l'irritation s'opère par les poils de la plante. Naturellement, la susceptibilité personnelle varie à l'infini. Mais on peut en effet obéir à la suggestion de Pinkus, mais en se limitant à l'espèce chinoise.

Ch. Audry.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Physiologie et pathologie de la sécrétion sébacée. I. Méthode de recherche et mécanisme général de la sécrétion (Régulation) [Zur Physiologie und Pathologie der Talgsekretion. I. Untersuchungsmethodik und allgemeiner Sekretionmechanismus (Regulation)], par H. Schur et L. Goldfarb. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 40e année, n° 40, octobre 1927, p. 1255.

Les auteurs recueillent la sécrétion sébacée d'un territoire donné et pendant un temps donné, en appliquant une feuille de papier, une lame de coton ou de tissu, dont on dose microchimiquement la teneur en graisse avant et après l'opération. Résultats : le dépôt de sébum, pour chaque individu, reste à un taux constant, qui est vite atteint quand on enlève le sébum. Mais ce taux varie d'un individu à l'autre. La quantité sécrétée par jour varie selon qu'on enlève ou laisse en place

le dépôt superficiel, qui arrête la sécrétion quand elle a atteint le taux propre à chaque individu. L. Chatellier.

Lèpre noueuse aiguë apparue en Angleterre et guérie par un traitement d'inoculation (In England entstaudener und mittels der Empfbehandlung geheilter akuter knotiger Aussatz), par Graham Little et J. Hatson. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 40e année, n° 42, 20 octobre 1927, p. 1319, 3 phot.

Un Chinois de 36 ans, venu en Angleterre depuis 6 mois, présenta une violente poussée de lèpre nodulaire aiguë dont le diagnostic n'offrait aucun doute. G. Little avait déjà vu il y a 15 ans un lépreux traité sans grand succès par A. Wright avec des injections d'émulsion lépromateuse. Dans le cas présent, on obtient un succès éclatant en recourant à une préparation contenant, par 2 cent. cubes, 5 milliards de bacilles de Hansen et 15 milliards de pyocyaniques. Le traitement comporta 53 injections, habituellement intraveineuses. Hatson renvoie pour le détail de la préparation à un article antérieur *(Société royale pour la Médecine et l'Hygiène tropicale*, n° 7, t. XIX). Il recueille les bacilles initiaux des cultures dans les phlyctènes provoquées par des applications de neige carbonique sur les lépromes ; il les cultive sur des sérums provenant de différents malades, les mélange, les tient à l'étuve pendant 50 à 60 jours, etc. (L'article présent ne donne que des indications tout à fait insuffisantes. Cependant l'opinion de Graham Little fournit un très grand intérêt à cette observation ; remarquons cependant que l'on peut et que l'on doit faire encore des réserves sur la durée de la guérison). Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Dermite salvarsanique ; quarante abcès : guérison (Salvarsan dermatitis ; forty abscesses ; recovery), par Ingram. *The British Journal of Dermatology*, vol. 39, n° 10, octobre 1927, p. 406.

Erythrodermie exfoliante généralisée chez une femme de 32 ans, à la suite d'un traitement arsénobenzolique intensif, d'ailleurs d'emblée mal supporté. L'érythrodermie s'accompagnait d'un état général grave : diarrhée profuse, hémorrhagies, temp. à 40°, albumine, torpeur. Alors que la malade paraissait condamnée, quarante abcès sous-cutanés, du type « abcès froid », apparaissaient dans diverses régions du corps ; après incisions et évacuation d'une grande quantité de pus, l'état de la malade s'améliora rapidement. I. attribue la guérison de ce cas particulièrement grave à la formation des abcès.

S. Fernet.

Onychose due à l'Oïdium albicans (Paronychia due to oospora oïdium albicans), par Mac Cormac. *The British Journal of Dermatology*, vol. 39, n° 10, octobre 1927, p. 394, 3 fig.

Il s'agit de deux cas d'infection de la matrice unguéale par l'oïdium albicans identifié morphologiquement et par des cultures. L'évolution de cette onychose, qui, chez deux sœurs, datait de plus de 10 ans, se

faisait par des poussées successives, séparées par des intervalles de quelques semaines à plusieurs mois. Les poussées débutaient par de la rougeur et de la tuméfaction du pourtour de l'ongle et aboutissaient à la formation d'une matière jaune, analogue à du pus, contenant des cellules épithéliales et peu de leucocytes. C'est dans ces collections pseudo-purulentes qu'on découvrit des filaments mycéliens. Les ongles étaient friables et striés longitudinalement. S. FERNET.

Observations de trois cas de dermatose pigmentaire progressive avec étude spéciale de la cholestérine du sang (Report of three cases of progressive pigmentary dermatosis, with particular reference to the blood cholesterol), par SCHAMBERG. *The British Journal of Dermatology*, vol. 39, nº 10, octobre 1927, p. 389.

La maladie de Schamberg ou dermatose pigmentaire progressive est constituée par des plaques ou des taches pigmentaires, brunes ou ocres, plus ou moins confluentes, en bordure desquelles existent des points rouges, comparés par S. à du poivre de Cayenne. L'affection siège le plus souvent aux membres inférieurs, mais aussi aux bras, à la poitrine, sur l'abdomen, ce qui la distingue des pigmentations des jambes, consécutives aux extravasations sanguines chez les variqueux, artério-scléreux, etc.

Dans les trois cas qu'il a pu réunir, S. a trouvé un excès de cholestérine dans le sang (300, 225, 223 mgr.), mais, n'ayant pu pratiquer de biopsie, il n'a pas fait la recherche de la cholestérine dans les lésions.

Ce n'est qu'en examinant des cas plus nombreux que S. espère établir s'il y a corrélation réelle entre ces pigmentations et la teneur du sang en cholestérine ou s'il s'agit d'une simple coïncidence.

S. FERNET.

Ichtyose et cancer de la peau avec étude spéciale du cancer des fileurs (Ichtyosis and cancer of the skin, with special reference to mule-spinners cancer), par SAVATARD. *The British Journal of Dermatology*, vol. 39, nº 10, octobre 1927, p. 398.

Certaines dermatoses professionnelles et, en particulier, « la peau de chagrin » des ouvriers des filatures de Manchester est incriminée en Angleterre comme prédisposant aux cancers de la peau. S. remarque que ces soi-disant dermatoses professionnelles ne sont, le plus souvent, que des ichtyoses ou des xérodermies qui sont, en effet, des terrains favorables aux cancers de la peau, mais qui ne relèvent nullement d'irritations professionnelles. S. FERNET.

Bruxelles Médical.

L'actinothérapie en Dermatologie, par A. BODART. *Bruxelles Médical*, septième année, nº 49, 2 octobre 1927.

Conférence faite aux journées médicales de Bruxelles, montran l'état actuel de nos connaissances sur l'appareillage, les modes d'action, les indications et contre-indications de R. U. V. en Dermatologie.

Il indique aussi les services que peut rendre la lumière de Wood appliquée au diagnostic de certaines affections cutanées.

RABEAU.

Rôle de la peau en pathologie et en thérapeutique, par L. GOLDENBERG *Bruxelles Médical*, septième année, nº 51, octobre 1927, pp. 1618-1627 et nº 52, pp. 1649-1659.

La faculté que possède la peau de répondre à des sollicitations extérieures par des réactions locales et générales a été mise à profit depuis longtemps dans le diagnostic des infections. Ce n'est pas seulement une membrane de protection, c'est un organe capable de contribuer à l'élaboration de l'immunité. Ces réactions, dit G., nous n'en soupçonnons pas l'importance, et encore moins le mécanisme. Inoculer la peau ce n'est pas seulement déterminer une réaction locale, c'est aussi provoquer un phénomène d'ordre général, c'est solliciter un organe producteur des éléments-cellules ou humeurs qui confèrent à l'organisme les moyens dont il a besoin pour se libérer des microbes. La peau, présente, dit-il, une voie admirable d'introduction des vaccins préventifs ou curatifs. RABEAU.

Comment identifier des accidents syphilitiques d'après les caractères qui les différencient d'affections non spécifiques, par R. BERNARD *Bruxelles Médical*, septième année, nº 52, 23 octobre 1927, pp. 1659.

C'est le second chapitre de l'aide-mémoire de syphiligraphie, dont nous avons dit déjà l'intérêt. Il traite des syphilides et de leur traitement. RABEAU.

Bulletin Médical de Québec.

Comment reconnaître et traiter le cancer de la langue, par JEANNENEY (GEORGES). *Bulletin médical de Québec*, 28e année, nº 8, août 1927, pp. 225-231.

Courte revue générale du chirurgien de Bordeaux avec indication des dernières références bibliographiques. Le traitement comporte, après une préparation médicale tonique et anti-infectieuse, une exérèse chirurgicale de la nappe celluloganglionnaire du cou qui sera faite au thermocautère après ligature de la carotide externe. Autour de la tumeur seront répartis les aiguilles de radium dont le temps d'application sera réglé par le nombre des mitoses. Ultérieurement radiothérapie sur la région cervicale. A. BOCAGE.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les champignons et les mycoses (Fungi and fungous diseases), par CASTELLANI. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XVI, nº 4, oct. 1927, p. 383, 22 fig. 7 tabl.

Classification générale des champignons et étude détaillée de toutes les espèces connues. Les mycologistes trouveront dans cet exposé encyclopédique, qui ne peut être résumé, les renseignements complets concernant toutes les variétés pathogènes des champignons.

Première partie : Les Hyphomycètes. S. FERNET.

L'effet de l'élévation de la température du corps sur l'évolution de la syphilis expérimentale du lapin (Effect of elevation of body temperature on the course of experimental syphilis in the rabit), par FRAZIER. *Archives of Dermatology and syphilology*, vol. XVI, nº 4, oct. 1927, p. 445.

F. expose une série d'expériences ayant pour but de contrôler et de compléter les constatations de Schamberg concernant l'action des élévations thermiques sur l'évolution de la syphilis expérimentale du lapin. Après avoir inoculé la syphilis à des lapins. Sch. les plongeaient tous les jours dans des bains de 20 minutes à 45° C. qui élevaient leur température interne de 40°2 à 43°5 environ. Il avait constaté que, dans ces conditions, le chancre scrotal ne se développait pas, les ganglions inguinaux restaient stériles, et l'absence de toutes lésions ultérieures ainsi que les inoculations négatives des ganglions à des lapins sains, lui permirent de conclure que les bains répétés à 45° C. empêchent l'éclosion de la syphilis expérimentale. Sch. établissait, en outre, que lorsqu'on élève par le même procédé la température des lapins porteurs de chancres scrotaux à 43°5, on ne trouve plus de tréponèmes dans les lésions au bout de 8 jours, les lésions se cicatrisent en 15 jours et ne récidivent pas.

F. a pu reproduire ces expériences dans les mêmes conditions et, malgré un cas douteux, confirme les constatations de Sch. en ce qui concerne les bains à 45° qui ont pour effet d'élever, en l'espace de 5 minutes, la température des lapins au voisinage de 42° à 44°.

Il n'en a pas été de même lorsque F. a plongé ses lapins dans des bains moins chauds : à 42°3, qui n'élevaient leur température interne qu'à 40°2 et jusqu'à 41°5. Tous les lapins, ainsi traités dès le 3e jour après l'inoculation, ont présenté des chancres scrotaux du 24e au 31e jour, puis des orchites du côté opposé. Les lapins qui servaient de contrôle ont présenté leurs chancres du 15e au 21e jour.

F. constate donc que les bains à 42°3 n'empêchent pas l'éclosion de la syphilis expérimentale du lapin, mais qu'ils prolongent la période d'incubation. D'autres lapins ayant déjà des chancres constitués, ont aussi été plongés pendant 10 jours de suite dans des bains à 42°3 ; l'évolution de leur chancre n'a nullement été influencée : après 60 jours on constatait la régression d'un seul des chancres étudiés sur cinq.

Ces expériences amènent donc à conclure que le tréponème peut vivre dans un organisme dont la température ne dépasse pas 41°5, mais qu'il est détruit lorsque la température atteint 43°5. Les enseignements tirés de constatations de ce genre pourront, peut-être, éclairer le mécanisme et préciser les règles de la pyrétothérapie de la syphilis.

S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (*Chicago*).

La protéino-thérapie non spécifique dans la paralysie générale (General paralysis ; the effect of nonspecific protein therapy on the blood and spinal fluid), par KUNDE, HALL et GERTY. *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXXIX, nº 16, 15 oct. 1927, p. 1304.

On admet que l'accès de paludisme correspond à la libération dans

le sang de millions de parasites morts, constituant une décharge d'albumine étrangère. Au fait, l'injection directe dans le sang d'une albumine étrangère donne lieu à une crise physiologiquement identique, caractérisée par une élévation thermique et une leucopénie passagère suivie d'une leucocytose polynucléaire.

Le paludisme n'ayant aucune action spécifique sur la paralysie générale et son inoculation présentant de graves inconvénients, K. H. et G. ont traité 49 paralytiques généraux par des injections intraveineuses de vaccin antityphique polyvalent dilué dans du sérum physiologique. Les injections étaient pratiquées tous les 2 ou 3 jours, par séries de 18 à 20. Les doses de vaccin étaient réglées d'après l'intensité des réactions précédemment obtenues et de façon à ce que celles-ci atteignent toujours les températures de 40°5 à 41°.

L'efficacité de ce traitement, encore trop récent, ne peut être jugée au point de vue clinique : les auteurs se bornent à signaler que, sur 49 malades, ils ont observé 21 rémissions. Au point de vue sérologique, ils ont constaté une action constante sur la réaction de l'or colloïdal ; le Bordet-Wassermann du sang a été réduit dans la moitié des cas, celui du liquide céphalo-rachidien n'a été modifié que dans 2 cas ; la lymphocytose et l'albuminose ont été réduites dans la majorité des cas.

S. Fernet.

Le sulfate d'arsphénamine et de bismuth (Bismuth arsphenamine sulphonate), par Stokes et Chambers. *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXXIX, n° 18, 29 octobre 1927, p. 1500.

S. et C. ont expérimenté sur 200 malades une nouvelle préparation américaine, combinaison stable de l'arsphénamine et du bismuth. Ce produit est facilement soluble dans l'eau ; on l'injecte dans les muscles de la fesse à raison de 0 gr. 20 deux fois par semaine en solution dans 1 centimètre cube d'eau distillée, additionnée d'un anesthésique local (« butyn »). Contenant 12 à 15 o/o de As et 23 à 25 o/o de Bi et ne pouvant être injecté à fortes doses en raison de la douleur et des réactions locales, le nouveau produit s'est montré moins rapidement efficace que les arsénobenzènes intraveineux, mais aussi efficace que le Bi intramusculaire.

En raison de sa faible toxicité, de son activité tréponémicide et tonique constante, de son élimination rapide, de son maniement facile, ce nouveau composé arséno-bismuthique paraît être particulièrement indiqué chez les intolérants aux arsénobenzènes ; il pourra, de plus, être manié en toute sécurité par les médecins non spécialisés.

S. Fernet.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Sur un cas peu commun de gangrène de la face, par G. Falchi (Travail de la Clinique Dermo-syphiligraphique de l'Université royale de Pavie, dirigée par le professeur Mantegazza). *Giornale italiano di dermatologia e sisfililologia*, vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1325. Mémoire original avec 12 planches.

Aujourd'hui, la mode est aux « signes de laboratoire » et la clinique est dédaignée. L'auteur fait observer que les réalités de la pratique ne justifient pas toujours cette tendance. Il rapporte l'histoire d'une malade de 26 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire confirmée par la présence de bacilles de Koch dans les crachats, qui fut atteinte d'un processus ulcéro-gangréneux de la partie gauche du visage, entre l'œil et la lèvre supérieure d'une part, la crête nasale et l'éminence zygomatique d'autre part. La perte de substance affectait la forme d'un entonnoir, d'une pyramide dont la pointe se dirigeait vers la choane. L'excavation était anfractueuse à parois gris rougeâtre, recouvertes de débris putrilagineux et de croûtes noirâtres rupioïdes ; il s'en écoulait un liquide ichoreux et purulent d'odeur fétide. Le tout accompagné d'œdème des parties avoisinantes et de névralgies « *dolorosissime* » par irritation des branches du trijumeau.

A la périphérie, le processus d'extension était caractérisé par une bande étroite rouge sur laquelle apparaissaient des vésico-phlyctènes, qui se desséchaient en croûtes hématiques reposant sur une forte infiltration.

Après diverses alternatives d'amélioration et d'aggravation, la malade succomba au bout de quelques mois.

Suit une étude très « poussée « de la lésion par les « signes de laboratoire ». Réaction de Bordet-Wassermann et de Sachs (négatives). Intradermo-réactions à la tuberculine bovine et humaine. Numérations globulaires.

Analyses des urines. Biopsie. Examens ultramicroscopiques. Frottis colorés Ensemencements divers. Inoculations.

L'ultra révéla la présence d'un spirille ressemblant beaucoup au tréponème. Mais cela ne permet pas de conclure à la nature syphilitique de la lésion car de semblables tréponèmes ont été observés dans des tissus nécrobiotiques. Il ne s'agissait pas non plus du spirille de Vincent car l'aspect morphologique était très différent et il n'y avait pas d'association avec le bacille fusiforme.

Les cultures donnèrent des germes banaux, mais aussi un champignon que l'on put identifier comme un *Hémispora Stellata*, diagnostic confirmé par le professeur Pollacci. L'auteur discute les divers diagnostics possibles, par des arguments difficiles à résumer, mais faciles à imaginer. Gomme syphilitique. Lésion tuberculeuse. Ulcération leucémique. Morve. Leishmaniose. Rhinosclérome. Cancer. Enfin, c'est le noma qui lui paraît en dernière analyse le diagnostic le plus vraisemblable au point de vue clinique.

Mais quelle étiologie ? Sur la nature du noma, les avis sont partagés. Pour les uns on doit l'attribuer à l'action de germes banaux (staphylocoques, streptocoques, protéus, etc...). Pour d'autres, à la symbiose fuso-spirillaire, au bacille diphtérique, au diplocoque de Frankel. Pour d'autres, à des champignons (streptothrix, actinomycose).

L'auteur retient ce fait que ses recherches considérables et consciencieuses n'ont pu permettre d'identifier d'autres germes, en dehors

des saprophytes banaux, que l'*Hemispora Stellata*, il considère donc ce germe comme l'agent pathogène à incriminer.

D'autre part, la cure iodurée avait été instituée et amena une certaine sédation momentanée, mais malheureusement, les lésions pulmonaires ne permirent pas de l'appliquer avec la continuité et l'intensité nécessaires. Enfin le sérum de la malade agglutinait le *Sporotrichon* et l'*Hemispora;* il y avait inhibition de l'hémolyse avec des antigènes des mêmes parasites. L'intradermoréaction révélait un état d'allergie cutanée vis-à-vis de divers antigènes mycosiques, mais sans aucune spécificité.

Les cas de lésions humaines provoquées, par l'*Hemispora* sont rares. On en compte seulement douze, que l'auteur énumère. Il rappelle que Gougerot exige trois conditions nécessaires pour établir avec certitude un diagnostic de mycose :

1. Examen clinique méticuleux de la lésion.
2. Recherches culturales.
3. Preuves sérologiques et traitement d'épreuve ioduré.

Il lui semble que ces trois conditions se trouvent « assez bien satisfaites » dans le cas qu'il a étudié. Mais, malgré l'abondance des recherches de laboratoire, celles-ci n'ont pu aboutir à une certitude, puisque notamment les réactions humorales de la malade se manifestaient à l'égard de diverses espèces mycosiques et non seulement pour l'*Hemispora*. Les signes de laboratoire n'ont abouti qu'à une *probabilité*, comme les signes cliniques. BELGODERE.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

Un cas de maladie de Raynaud, par DEVIRTZ. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 8, octobre 1927.

Une jeune fille paysanne de 15 ans présente aux dos des mains une enflure qui s'endolorit parfois. Les doigts des mains sont coniques. L'enflure monte jusqu'aux coudes, la dépression que l'on y fait par le doigt s'efface rapidement. Les doigts ont une peau pâle, le dos des mains est tantôt rouge, tantôt violacé. Dermographisme blanc. Bordet-Wassermann négatif. L'épreuve de l'adrénaline montre une sympathicotonie. La malade consommait du pain fait de la farine des différentes graminées qu'elle ramassait aux champs et c'est souvent qu'elle mangeait des herbes crues, quelques semaines avant sa maladie. Le trouble du système sympathique aurait entraîné un trouble endocrine. L'ergot de seigle serait un facteur exogène. La malade a vu ses douleurs diminuées après 50 tablettes de thyréoïdine à 0 gr. 1.

BERMANN.

Contribution à la casuistique et à l'étiologie de la dysidrose, par GLOUKHOVTZOW. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 8, octobre 1927.

L'auteur a observé 10 cas de dysidrose (6 hommes et 4 femmes). Les mains ont été atteintes dans 3 cas, les pieds dans 7 cas. Dans 2 cas la dysidrose a été précédée d'une affection trichophytique des ongles qui, d'après l'auteur, aurait été la cause de la dysidrose.

Comme agent principal de la dysidrose, il faut noter un tricophyton proche du *Tricophyton gypseum asteroides* Quant aux autres constatés (*Oidium monilla*, *oospora-streptothrix*, levures, bactéries, etc.) on peut se demander, si ce ne sont pas des formes dissociées, dérivées du champignon principal.

BERMANN.

Mort après novosalvarsan, par KAZANSKAÏA. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nº 8, octobre 1927.

Un turkmène de 22 ans atteint de syphilide papuleuse reçoit une première injection intraveineuse de 0 gr. 45 de novosalvarsan (néorusse). Le surlendemain, il reçoit une seconde injection, même dose Le court intervalle entre les injections s'explique par le travail d'une section vénéreologique ambulante ayant plusieurs villages à visiter et devant parcourir des espaces énormes). Deux jours après la dernière injection, le malade meurt avec des phénomènes d'encéphalite hémorragique. BERMANN.

Contribution au problème de la transmission héréditaire de la syphilis, par PÉTROFF. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nº 8, octobre 1927.

L'article de l'auteur est surtout une revue critique du livre du pédiâtre viennois Hochsinger : *Ueber das Kongenitalitätsproblem der Syphilis* (fin 1926) et des vues de Terletjki. Le dernier affirme la transmission de la syphilis par la cellule germinative, ce que l'auteur nie, en donnant des preuves du contraire. L'auteur défend la théorie placentaire de l'hérédo-syphilis. BERMANN.

Observations ultérieures sur le salicylate basique de bismuth, par LIPKINE. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nº 8, octobre 1927.

De tous les sels de bismuth, c'est le salicylate basique que l'auteur préfère. Il en a déjà écrit dans le nº 1, janvier 1925, de cette revue. Se basant sur des observations ultérieures, il conclut : 1) le salicylate de Bi, étant un remède précieux dans la thérapie de la syphilis, nécessite des épreuves préalables dans le cas d'emploi de sels nouveaux, car il y a des préparations étrangères ayant un autre pourcentage de bismuth-métal. 2) Il serait utile de fabriquer aux usines chimiques de l'Etat un produit standardisé avec un o/o constant et fixe de Bi-métal. 3) Le nombre et la fréquence des injections par cure doivent être en dépendance de l'état rénal d'où nécessité d'examiner souvent les urines. 4) Il faut chercher dans les urines non seulement l'albumine, mais aussi les cylindres, les cellules épithéliales rénales, etc. 5) L'apparition de la diarrhée ou des douleurs rhumatismales montre un début d'intoxication et doivent faire arrêter le traitement jusqu'à cessation de symptômes. BERMANN.

Aperçu de l'état actuel de la question du xanthome, en rapport avec un cas personnel, par VEDROW. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nº 8, octobre 1927.

Le malade, un artiste juif âgé de 32 ans, souffre de xanthome depuis une année. Il est atteint, en outre, d'adiposité générale (poids 135 kg.),

de néphrite chronique, d'hypertonie, d'hypertrophie et de dilatation cardiaque, de cirrhose indurée du foie, de lipomatose hépatique. Son foie est insuffisant et l'échange hydrocarburé troublé. L'auteur a observé le malade durant une année et n'a pas constaté de parallélisme entre l'adiposité générale, l'affection hépatique, la cholestérinémie et le xanthome, ce qui l'amène à conclure que l'étiologie de son cas doit être cherchée parmi les troubles endocrino-nerveux. Se basant sur les données bibliographiques et personnelles l'auteur conclut que la cholestérinémie n'est pas un facteur essentiel et indispensable pour l'apparition des xanthomes. Chaque xanthome se compose des divers lipoïdes mélangés. Il y en a où les graisses neutres ou cholestérinées prédominent. Certains processus (xanthoses) sont conditionnés par le dépôt des lipochromes. Tout xanthome peut contenir des phozchatides et des cérébrosides. L'étude des xanthomes doit être poursuivie.

BERMANN.

La réaction de Guillain, Gay-Laroche et Léchelle (au benjoin) dans la série d'autres réactions colloïdales pour le diagnostic de la syphilis par le L. C.-R., par PEKKÈRE, WASSILIÉWA, JERMILOFF. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V n° 8, octobre 1927.

Les auteurs ont examiné 966 L. C.-R. parallèlement avec la réaction de mastic et celle de Bordet-Wassermann et 677 L. C.-R. avec en plus de la réaction de l'or colloïdal. Les auteurs se sont servis de benjoin de Siam et de benjoin de Sumatra. La réaction de Guillain-Gay-Laroche et Léchelle s'accorde avec la réaction de mastic dans 94 o/o, avec la réaction de l'or colloïdal dans 97,2 o/o et avec le B. W. dans 97,3 o/o. Ceci est valable pour le benjoin de Sumatra. Quant au benjoin de Siam utilisé pour la réaction, les chiffres correspondants sont un peu plus bas, 89,1 o/o, 89,1 o/o et 88,4 o/o. Les auteurs concluent que la réaction de Guillain, Gay-Laroche et Léchelle, diffère techniquement des autres réactions résineuses par l'emploi de l'émulsion aqueuse. Cette circonstance rend la réaction très sensible à la syphilis et donne une courbe normale originale avec une « dent » au milieu. Quoique le benjoin de Sumatra donne une réaction plus sensible, le benjoin de Siam ne peut être exclu de la pratique, car le o/o de ses coïncidences reste toujours élevé. La valeur clinique de la réaction de benjoin ne peut être démontrée que par l'analyse du matériel clinique. La simplicité de la méthode de la réaction de benjoin permet son utilisation courante (comme d'autres réactions colloïdales) pour l'étude du L. C.-R. et le diagnostic de la syphilis. BERMANN.

La syphilis de l'angle ponto-cérébelleux, par ROBOUSTOW. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 8, octobre 1927.

L'image se rapprochant de la tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, d'origine syphilitique, est relativement rare, parce que, dans la syphilis, le processus n'occupe pas toujours un seul foyer ; à côté des foyers méningés on trouve des altérations gommeuses des vaisseaux. L'auteur rapporte 5 cas personnels étudiés en détail. Ils concernent tous des formes les plus précoces de la syphilis du système nerveux, surve-

nues au début de la période latente, ayant atteint un haut degré et ayant longtemps empêché les malades de travailler. Chaque complication survenant pendant cette période d'accalmie est comme un tonnerre lors d'un temps tranquille. D'autre part, il y a des cas peu graves qui sont supportés plus facilement, quoique ce soient des processus méningés. La méningite gommeuse de la base se caractérisait dans les observations de l'auteur par de la céphalée tenace, surtout nocturne, par du vertige, des nausées et des vomissements, puis des phénomènes de la VIII[e] paire, bruits dans les oreilles, affaiblissement et même perte de l'ouïe, localisant le processus à l'angle ponto-cérébelleux. Mais le nerf acoustique est atteint non seulement du côté affecté, mais aussi du côté opposé. En dehors les troubles de l'ouïe, la méningite syphilitique diffuse, produisant des gommes dans un angle ponto-cérébelleux, affecte le second nerf aussi donnant un abaissement de la conductibilité osseuse et aérienne. Le traitement fait passer les céphalées, le bruit dans les oreilles et rétablit l'ouïe, sauf sur le côté atteint par le foyer principal où l'ouïe reste abaissée ou même abolie longtemps, parfois pour toujours. BERMANN.

La réaction de la peau aux irritations chimiques et mécaniques, par DANILÉVSKAÏA. *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. V n° 8, octobre 1927.

L'auteur a étudié sur 70 personnes la réaction cutanée aux irritants chimiques (formaline à 5 o/o, essence de térébenthine pure, rectifiée, teinture d'arnica, teinture d'iode, collodion iodoformé à 10 o/o, huile de croton) et mécaniques (ventouse de Bier). Les conclusions de l'auteur sont : 1) Une peau à dermographisme rouge réagit d'une façon plus intense aux irritants chimiques et mécaniques qu'une peau à autre réflexe vasomoteur. 2) Par rapport aux irritants chimiques, les affections cutanées ne diffèrent les unes des autres par une réaction trop prononcée. 3) Les affections dont l'étiologie comporte des causes internes, telles que l'eczéma, le psoriasis, le prurigo, le prurit cutané, réagissent un peu plus fort aux réactifs chimiques et physiques, que les affections dont les causes sont externes, comme le favus, le sycosis, la syphilis, le lupus. 4) Une sensibilité élevée de la peau par rapport à un seul irritant déterminé, chimique ou physique, se rencontre plus fréquemment, que par rapport à plusieurs réactifs chimiques. 5) Les cas d'intolérance de la peau vis-à-vis de tous les excitants chimiques et physiques, sont très rares. 6) Le psoriasis, en cas d'hypersensibilité cutanée envers tel ou tel irritant chimique, répond à l'irritation par une éruption de nouvelles plaques. 7) Les cas de sensibilité élevée de la peau envers tel ou tel agent chimique ou physique, se rencontrent plus souvent chez les eczémateux. BERMANN.

A propos des mères de Colles, par SOBOLEW. *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. V n° 8, octobre 1927.

Une mère de Colles est une femme d'aspect sain, ne se plaignant de rien, n'ayant pas d'accident syphilitique et ayant en même temps accouché d'un enfant syphilitique. Mais plus on étudie ce type, plus on est obligé de le classer parmi les syphilis latentes. Une étude détail-

lée et les réactions sérologiques montrent, de même que l'anamnèse, qu'il y avait après le mariage une infection spécifique, qui s'est manifesté par des céphalées, de l'alopécie, prostration, faiblesse, perte de poids corporel, des périostites légères, des restes de leucomélanodermie située souvent non pas au cou, mais à la partie supérieure du thorax, des avortements sans cause, etc Bien d'années après, elles présentent une syphilis tuberculeuse ou gommeuse, viscérale (hépatique souvent) ou nerveuse. Les causes qui provoquent ces accidents sont des infections diverses, les traumatismes, les bains irritants ou de soleil, la grossesse. Les exceptions de la loi de Colles, les transmissions paternelles de la syphilis, par exemple les cas de Zeleniew et de Terletzki, ne sont pas convaincantes et démonstratives. La syphilis latente sans manifestation, avec possibilité de porteurs de spirochètes, est prouvée chez l'homme. La théorie germinative ne peut être ressuscitée que lorsqu'on démontrera l'existence de l'embryon infecté dans les premiers jours de son développement.

Bermann.

Contribution à la syphilide tertiaire atypique. Un cas de syphilide simulant la sarcoïde, par Markous. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nos 7 et 8, septembre et octobre 1927.

Une sage-femme de 55 ans, niant la syphilis, a déjà été opérée une fois d'un sarcome mammaire. Il y a neuf mois, elle a constaté une ulcération du médius gauche accompagnée d'une tuméfaction sous-axillaire du même côté. Température élevée, mauvais état général. Un traitement avec le sérum antistreptococcique est institué, car on présume une infection septique. Deux mois plus tard, éruption faciale qui s'étend ensuite au tronc et aux extrémités. Quatre mois plus tard, le mauvais état général passe, mais l'éruption cutanée persiste, il se forme, en plus, dans le nez des croûtes purulentes. L'inspection de la malade permet de constater une trentaine environ de foyers disséminés sur tout le corps, ayant un diamètre de 1/2 à 3 centimètres, parcourus par des vaisseaux fins et portant au centre des cicatrices atrophiques et des nodules fermes gros comme une tête d'épingle. On trouve une perforation de la cloison nasale et des altérations cicatricielles de la paroi postérieure du pharynx. Réactions sérologiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La biopsie cutanée montre un granulome tuberculeux avec nombre de lymphocytes, plasmazellen, polyblastes et parfois des cellules géantes. Quoique l'aspect de l'éruption cutanée fut celui de la sarcoïde de Boeck, le diagnostic de la syphilis tertiaire atypique fut affirmé, corroboré par le succès de la bismuthothérapie.

Bermann.

LIVRES NOUVEAUX

La bronchite chronique syphilitique, par R. Benda. Un volume in-8° de 148 pages avec figures, schémas et 4 planches hors texte. Gaston Doin, éditeur, Paris

Dans ce beau travail, B. essaie d'individualiser un syndrome anatomo-pathologique et clinique de bronchite chronique syphilitique, utilisant de nombreux documents personnels et les travaux du Prof. Sergent. *Du point de vue anatomique* on constate une remarquable affinité de la syphilis pour le tissu bronchique : épaississement des parois des bronches avec réaction scléreuse plus ou moins vaste et plus ou moins dense du parenchyme et des espaces interstitiels environnantes. Parfois mais de façon inconstante des ectasies bronchiques ; çà et là des ulcères bronchopathiques de pathogénie discutable. Les lésions vasculaires et périvasculaires sont réléguées au second plan. Mais il n'y a aucun caractère original qui en présence d'un syndrome anatomique de sclérose pulmonaire péribronchique permette d'incriminer la syphilis plutôt qu'un autre facteur de sclérose. Ainsi que l'a montré Letulle, seule la constatation d'une sclérose systématique ·péribronchique, périlobulaire ou périalvéolaire peut constituer un argument de grande valeur en faveur de l'étiologie syphilitique.

Les faits radiologiques sont superposables aux données de l'anatomie pathologique. Les nuances de détail trop infidèles pour permettre d'affirmer ; la prédominance des productions scléro-calcaires possède une valeur séméiologique incontestable.

Au point de vue clinique, mêmes difficultés à découvrir la syphilis sous le masque de la bronchite chronique. Il existe une série de faits intermédiaires allant insensiblement des cas purs de bronchite chronique syphilitique jusqu'à ceux de son association avec la tuberculose est absolument indiscutable.

La forme clinique la plus communément observée est un catarrhe chronique banal plus ou moins mitigé d'emphysème. D'autres formes sont intermédiaires aux formes bronchitiques banales et aux formes ectasiantes proprement dites. Dans d'autres cas, les symptômes bronchiques n'apparaissent que comme épiphénomènes, il s'agit plutôt de syphilis pulmonaire que de syphilis des bronches ; enfin, il est des formes latentes de bronchopathie syphilitique chronique.

Quelle que soit la forme observée, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un syndrome de sclérose pulmonaire péribronchique, il faut songer à dépister la syphilis par tous les procédés possibles. Certes, la tuberculose peut être suspectée, mais même la notion d'une tuberculose pulmonaire fibreuse avérée ne doit pas empêcher cette recherche minutieuse de la syphilis. Il faut penser à la possibilité d'un hybridité syphilo-tuberculeuse, et ne pas priver le malade des bienfaits d'une thérapeutique appropriée. Ce traitement doit être appliqué dans tous les cas douteux de sclérose pulmonaire n'ayant

pas fait la preuve de leur nature non spécifique. Il peut agir sur une zone de sclérose suffisamment jeune, il permet du moins d'espérer limiter l'extension des lésions, « les fixer en quelque sorte ».

H. RABEAU.

La diathermie et ses applications médicales, par DUHEM. Un volume in-8° de 72 pages. Gauthier-Villars et Cie, imprimeurs-éditeurs, Paris, 1927.

Dans ce travail, l'auteur laisse volontairement de côté toutes les applications de tension des courants de haute fréquence qui feront l'objet d'une publication ultérieure. Il n'envisage que les applications purement médicales de la diathermie. Champ déjà très vaste que l'auteur aborde après avoir étudié le mécanisme de la formation des ondes de haute fréquence à travers un circuit électrique oscillant, et après avoir décrit les principaux appareils de diathermie utilisés dans la pratique courante.

Il montre que les indications thérapeutiques de la diathermie découlent directement de ses propriétés physiologiques, et il donne de précieuses indications pratiques pour l'application correcte et inoffensive de ce mode de traitement.

Dégagé de toutes préoccupations purement théoriques, ce petit livre, court et précis, est le fruit de l'expérience personnelle déjà longue de l'auteur. Il pourra rendre de précieux services au médecin praticien en lui indiquant toutes les ressources qu'il peut tirer d'un procédé d'électrothérapie qui tend à juste titre à se répandre de plus en plus.

Etudes sur les nævi pigmentaires de la peau humaine (mélanoblastomes bénins), par A. KISSMEYER. Un volume in-8° de 175 pages, 29 figures. Legrand, éditeur, Paris, 1927.

« Il appartient à l'avenir, dit l'auteur en conclusion, de créer des définitions plus exactes pour les nombreuses autres productions jusqu'à présent nommées nævi ». Autres productions, dit K., parce que ayant longuement étudié ces formations, K. a pu préciser une de ces formations : le nævus pigmentaire mou, mélanoblaste bénin.

Dans les hyperpigmentations de la peau qui ne sont pas dues à des causes inflammatoires endocriniennes chimiques ou autres (vitiligo, chloasma, mélanose arsenicale, maladie d'Addison...), on peut distinguer plusieurs groupes. D'un côté, l'éphélide qui possède la moindre activité pigmentaire et se manifeste sous l'influence d'un activeur comme la lumière ; les spili, grandes taches plus claires, qui ne subissent aucune évolution histologique ultérieure.

D'autre part, les productions telles que les tumeurs planes lenticulaires, les formes plus saillantes verruqueuses ou papillomateuses, les productions molluscoïdes, faisant partie d'une série d'évolutions dont est caractéristique un certain élément cellulaire spécial la cellule nævique.

K. a essayé de suivre les processus qui par des stades divers aboutissent au développement du nævus mou. Il a fait un grand nombre d'examens histologiques tant par les méthodes ordinaires qu'à l'aide

de la dopa-réaction de Bloch ; cette réaction considérée par Bloch comme une réaction d'oxydase, a été discutée par d'autres auteurs, jusqu'à la nier. Pour K., au point de vue chimique et histologique, cette réaction évoque l'idée d'un processus enzymatique, sans que l'argument absolu puisse encore être donné.

La présence de la réaction dans la peau est normalement liée aux mélanoblastes ectodermiques mélanogènes (cellules basilaires normales et cellules plus grandes étoilées de l'épiderme).

K. estime d'après ses recherches que les cellules mésodermiques dopa-positives ne prennent pas part à la formation des nævi pigmentaires mous, mais qu'elles forment le point de départ d'autres tumeurs les mélanomes (« chromatopsoromes » de Ribbert et le nævi bleu).

Dans les petits nævi les altérations pathologiques ne se montrent que dans l'épiderme, et là, en forme d'altérations métaplastiques absolument caractéristiques de cellules toujours pigmentaires et dopa-positives, donc des mélanoblastes. Dans les nævi plus grands on trouve des altérations commençantes dans le chorion, mais toujours dans la partie la plus proche de l'épiderme et toujours en relation avec les altérations de l'épiderme même, mais il y a une évolution continue entre les cellules de la partie supérieure du chorion et les cellules épidermiques.

Dans les tumeurs provenant des mélanoblastes mésodermiques (les mélanomes), les cellules dopa-positives se trouvent *profondément* en grand nombre dans le derme, sans aucune diminution d'intensité ni vers la surface ni vers la profondeur. Leur structure est donc nettement différente.

Mais quelle est la prédisposition constituant la cause de cette évolution des cellules épidermiques menant à la métaplasie et à la migration dans le chorion et au développement ultérieur, il est certain que nous l'ignorons ; de même que nous ne savons pas si chaque cellule épidermique peut subir une telle métaplasie.

« Une définition scientifique de la délimitation du nævus paraît très difficile à donner. » H. Rabeau.

Histochimie de la peau (Histochemie der Haut), par P. G. Unna, 1928. Un volume de 160 pages avec 70 figures et planches coloriées.

Je ne vois pas la possibilité d'analyser ce livre où Unna a résumé la pratique de plus de 50 années d'histopathologie. L'exposé est toujours lucide, bien ordonné, bourré de faits et de données précises. Tout histologiste doit l'avoir à sa portée, surtout dans les pays où l'histochimie n'a pas acquis la diffusion qu'elle a souvent atteint dans les pays de langue allemande. Il représente véritablement la clef qui doit ouvrir le laboratoire au dermatologiste digne de ce nom.

Dans le seul but d'en donner une idée, je transcris une partie de la table :

Représentation des albumines cellulaires acides par les colorations basiques : index de coloration du granoplasma, des nucléo-protéides, de la totalité du corps cellulaire.

Représentation des albumines cellulaires basiques par les colorations acides : Index de coloration : rouge de Bordeaux B. Hématéine-alun. Albumines basiques, nucléaires, mésoplastine, plastine du noyau et des nucléoles; albumines basiques du corps cellulaire, spongioplasma ; filaments épithéliaux.

Théorie des trois étages (histochimiques) des albumines cellulaires et son schéma. Membrane nucléaire.

Représentation des zones de produits acides et des zones de réduction : Index colorants. Etude des produits de la kératinisation (éléidine, kératohyaline, trichohyaline), etc.

Etude des ferments des substances acides (catalase, peroxydase).

Etude des graisses cutanées et des glandes.

Plasmazellen. Mastzellen. Collagène. Elastine. Elacine.

Chaque chapitre indique exactement la technique histologique, y compris la fixation, et fournit l'interprétation chimique des colorations ou des décolorations.

D'une manière générale, Unna étudie spécialement les tissus normaux ; mais il rapporte constamment à ces processus les processus pathologiques.

Grande œuvre qui résume une expérience consommée et mesurée et qui, s'il en était besoin, ferait honneur au savant qui a le plus fait pour l'anatomie pathologique de la peau. Ch. Audry.

NOUVELLES

INAUGURATION DU SERVICE DE DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE ET DU LABORATOIRE CENTRAL DE SÉROLOGIE A L'HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN

Le nouveau service de Dermatologie et le Laboratoire central de Sérologie, dirigés par M. Payenneville, médecin de l'Hôpital, a été inauguré solennellement le 10 décembre 1927 sous la présidence de M. Douache, chef de cabinet de M. le Ministre de l'Hygiène, assisté de M. Ceccaldi, préfet de la Seine-Inférieure, et de M. Louis Dubreuil, député et maire de Rouen.

Le bâtiment, très bien ordonné et parfaitement conçu, comprend : au rez-de-chaussée les salles d'attente, de consultations, et un service de traitement ambulatoire de la blennorragie, une salle de conférences et un petit laboratoire pour les recherches diverses (ultra-microscope, examen des cheveux, frottis, etc.). Au premier étage se trouvent deux vastes laboratoires pour les examens sérologiques (laboratoire central de sérologie pour les départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure et du Calvados). De l'autre côté d'un vaste couloir se trouvent le bureau du médecin-chef, une salle de stérilisation, des salles d'archives, des vestiaires et, au fond, deux salles de malades.

Le service est très actif : outre les consultations qui sont données chaque jour et même le soir, M. Payenneville avec ses collaborateurs, M. Castagnol, médecin des hôpitaux, et M. Marie, chef du laboratoire, a organisé un service à la Maternité pour le traitement des femmes enceintes et le dépistage des hérédo-syphilitiques. Il assure encore le service de vénéréologie de la prison et le service du dispensaire municipal qui bientôt va occuper un bâtiment en voie d'achèvement.

Les consultations qui n'étaient qu'au nombre de 2 950 en 1919, chaque année deviennent plus nombreuses et en 1927 (pour les 11 premiers mois) elles atteignaient déjà le chiffre de 7.140. Il en est de même des examens de laboratoire : 650 en 1919 ; depuis la création du laboratoire central de sérologie : 15.940 en 1926, 17.400 pour les 11 premiers mois de 1927.

Le nouveau service qui a été créé grâce à la collaboration de la Ville, du Département et de l'Etat est un organisme parfait pouvant servir de modèle pour les autres services qui se multiplient en France. Le département de la Seine-Inférieure et la ville de Rouen sont admirablement défendus contre le péril vénérien.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

LE TISSU RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL DANS LES ÉTATS PATHOLOGIQUES

Par MM. HUDELO et CAILLIAU

I. — Le tissu réticulo-endothélial dans les dermatoses

(*Deuxième mémoire*)

Nous avons montré, chez le sujet normal, l'existence d'un système tissulaire réticulé dont nous avons décrit la morphologie et envisagé les fonctions. L'amplification et les réactions de ce tissu à l'état pathologique ont suscité, tant en France qu'à l'étranger, des recherches parmi lesquelles nous citerons les travaux de P. Masson, de Pautrier et Lévy, d'Oberling. Dans un cas d'urticaire pigmentaire nous avons pu suivre l'un des modes de réaction de ce tissu au point de vue anatomo-pathologique.

A. — *Urticaire pigmentaire.*

Sous l'épiderme aminci et hyperkératosé du malade on constate la présence d'infiltrats nodulaires composés de cellules polymorphes tassées et rassemblées dans des logettes dues à l'élargissement des espaces conjonctifs interstitiels de la zone papillaire; les mêmes éléments sont mélangés à des cellules rameuses anastomosées en réseau, occupant les espaces conjonctifs et y dessinent des traînées linéaires. Plus profondément, dans la zone moyenne du derme, les cellules libres font défaut, et on distingue mieux le réseau des cellules rameuses qui semble ininterrompu et réunit les cellules adventicielles périvasculaires aux épithéliums des glandes et au corps muqueux de Malpighi.

La morphologie de ces infiltrats cellulaires, peu précise après

l'emploi des méthodes usuelles (hématéïne, éosine, hématoxyline), n'est interprétable qu'après l'usage des bleus basiques (polychrome de Unna, thionine, toluidine, bleu de méthylène, violet 5 B, etc.); elle est tout à fait instructive avec les techniques modifiées de Jolly et de Masson pour l'étude des tissus conjonctifs.

Ces méthodes nous ont permis de distinguer dans le tissu conjonctivo-vasculaire dermique deux types cellulaires différents : d'une part, des éléments pourvus d'un corps protoplasmique allongé et de prolongements rameux libres ou anastomosés en réseaux; d'autre part, des éléments dépourvus d'expansions rameuses, arrondis, ovales ou anguleux, libres de toute connexion.

1° Les cellules rameuses, réticulaires forment un réseau de cellules fixes anastomotiques. Leur configuration est généralement fusiforme ; le corps cytoplasmique émet des prolongements fins et déliés, tantôt moniliformes, s'anastomosant fréquemment avec les prolongements similaires des cellules voisines, tantôt interrompus brusquement, arrondis ou renflés ou paraissant fragmentés. Le noyau, simple ou multiple, est généralement ovalaire, plus clair parfois que le protoplasme, plus ou moins masqué par des granulations périnucléaires. Le protoplasme et ses expansions apparaissent, en effet, sous l'influence des colorants basiques, surchargés de granulations métachromatiques violet rougeâtre, masquant les détails du cytoplasme et du noyau. Certaines cellules rameuses sont de petites dimensions ; d'autres sont volumineuses, gigantesques même et multinucléées, très richement arborisées. Ces éléments répondent aux caractères morphologiques des clasmatocytes de Rauvier, et, dans le cas particulier, ce système paraît présenter une amplification remarquable. Ils forment dans leur ensemble un réseau dont les connexions relient les cellules adventicielles étoilées d'une part aux épithéliums pilo-sébacés et sudoripares, d'autre part à l'épiderme, rappelant la chaîne endothélio-langerhansienne du réseau trophomélanique.

2° Les cellules libres de toute connexion, cellules mobiles, sont arrondies ou irrégulières, parfois anguleuses ou hérissées de bourgeons effilés, de saillies semblant correspondre à des prolongements rompus. Elles occupent les mailles du réseau et y apparaissent entassées et groupées en nodules. Leur protoplasme,

par les colorants basiques, se charge de granulations violet rougeâtre, métachromatiques, les unes volumineuses, d'autres finement poussiéreuses. Leur noyau est petit, arrondi ou ovalaire. Ces caractères répondent bien à ceux qui sont assignés aux cel-



Fig. 1. — Tissu réticulo-endothélial dans l'urticaire pigmentaire.
1. Cellule réticulaire.
2. Groupe de cellules mobiles.
3. Fibrille grillagée, dépourvue de collagène.
4. Fibres collagènes.
On distingue mal la continuité du réseau des fibres grillagées à cause de la technique de coloration destinée à mettre en évidence les granulations métachromatiques de l'urticaire pigmentaire.
On peut remarquer les clasmatocytes à longs prolongements rameux anastomosés, les cellules récemment mobilisées, à prolongements courts, et les cellules arrondies ou ovales sans expansions répondant au type mastzellen.

lules d'Erlich, désignées sous les noms les plus variés (mastzellen du tissu conjonctif, polyblastes de Maximov, labrocytes,

mastocytes). Ces cellules d'Erlich paraissent libérées du réseau des clasmatocytes par clasmatose, c'est-à-dire par rupture des filaments d'attache, et les bourgeons irréguliers qui hérissent un grand nombre de ces éléments sur nos préparations semblent bien accuser une telle libération, la cellule détachée conservant un aspect anguleux.

Sur le tégument du malade ces éléments libérés du réseau ont gagné les zones superficielles du tégument où leur accumulation détermine de petites néoplasies, tandis que dans le derme moyen et profond c'est le réseau fibrillaire qui domine.

Les méthodes préconisées pour l'étude du tissu réticulé (bleu d'aniline Krall, fuschine acide, acide phosphotungstique, méthodes de Jolly, méthodes personnelles) nous montrent les relations intimes entre les cellules rameuses anastomotiques et ces éléments libérés par clasmatose ; les granula observés dans les cellules adventicielles suivent les filaments anastomotiques du réseau depuis le vaisseau jusqu'à l'épiderme de surface et les glandes ; d'autres sont véhiculés par les cellules libérées mobiles. Les recherches des pigments mélaniques et ferriques (imprégnation argentique, ferrocyanure de potassium) sont restées négatives dans le derme ; la mélanine n'est décelée qu'en faible proportion dans quelques rares cellules de Langerhans.

En résumé, il existe dans le derme du malade un syncytium de cellules anastomotiques répondant au type clasmatocyte de Rauvier, intensifié sur ce tégument malade et précisé par des dépôts de granulations sur les cellules et leurs prolongements. Ce système met en liberté par clasmatose des cellules bourrées de granulations identiques répondant au type mastzellen ou cellules d'Erlich. Il répond au grand système réticulo-endothélial d'Aschoff.

L'urticaire pigmentaire semble donc pouvoir être interprétée histologiquement comme une lésion relevant des troubles dans les échanges tissulaires, les granulations pouvant aussi bien revêtir les caractères d'un déchet que d'une réserve ou d'une assimilation. Peut-être, comme le laissait entrevoir Darier dans son *Précis de Dermatologie* (1923) « les troubles des fonctions hépatiques et les intoxications d'origine digestive jouent-elles un rôle dans la pathogénie de cette affection, comme le fait paraît avoir été vérifié pour le xanthome ».

B. — *Dermatoses à pigmentation mélanique.*

Nous ne ferons que rappeler brièvement les travaux récents sur la pigmentogénèse, la cellule de Langerhans n'étant qu'une partie différenciée du système réticulo-endothélial (système tropho-mélanique). Les mémoires de Bruno Bloch et de Masson, ont suffisamment mis en lumière, par la dopa-réaction d'une part, par les méthodes d'imprégnations argentiques d'autre part, la constitution de la chaîne tropho-mélanique comportant trois groupes cellulaires (cellules de Langerhans, cellules fixes rameuses du derme, cellules adventicielles périvasculaires) dont les anastomoses constituent un appareil réticulé. La dopa-réaction de Bloch révélant l'oxydase ou prépigment qui donne la mélanine en présence du chromogène, a permis de distinguer les cellules productrices de pigment (mélanoblastes épidermiques) des cellules réceptrices de pigment (chromatophores conjonctifs du derme) tatouées de mélanine élaborée. Ces méthodes ont montré d'autre part l'existence de mélanoblastes mésenchymateux dans les deux tiers inférieurs du derme chez le singe, la souris grise, la poule nègre, chez l'homme à la période fœtale, parfois chez l'adulte, dans les nævi bleus de Jadassohn.

Masson en combinant les méthodes d'imprégnation argentique avec la technique de coloration des graisses et des éthers gras de la cholestérine, dans l'étude des xanthomes cutanés, et, en recherchant par le ferrocyanure de potassium le pigment ferrique sur des tissus imprégnés à l'argent, a montré la continuité du réseau tropho-mélanique. Cet auteur attribue à ce réseau un rôle important dans le trophisme cutané et dans les échanges intertissulaires. Les cellules rameuses se chargeraient des graisses et des éthers de la cholestérine puisés dans le corps papillaire, et la pigmentogénèse ne serait qu'une des nombreuses fonctions du système langerhansien et de ses anastomoses. Certaines substances seraient véhiculées depuis le vaisseau jusqu'à la cellule épithéliale, non par diffusion dans les espaces conjonctifs, mais par circulation inter et intracellulaire. Par le réseau est assuré la continuité cytoplasmique entre le derme et l'épiderme ; la résille serait le centre de deux courants de transports

matériels en sens inverse, du derme vers l'épiderme et inversement. « Ces cellules, dit-il, qui prennent à tous deux, donnent à l'un ce qu'elles ont pris à l'autre et méritent le nom de *cellules amboceptrices* ».

Cette hypothèse séduisante du rôle ambocepteur du réseau tropho-mélanique nous a paru justifiée dans les recherches que nous avons pu faire sur les affections pigmentaires; elle semble donner l'explication pathogénique la plus satisfaisante du problème de la pigmentation normale du tégument.

Les *pigmentations pathologiques* par la mélanine relèvent également du même processus anatomo-pathologique. Nous retrouvons les mêmes aspects histologiques dans les *nævi pigmentaires, les nævo-cancers* à type malpighien ou à type langerhansien (Congrès de dermatologie et de syphiligraphie. Strasbourg, 1923, Pierre Masson).

Dans la *maladie d'Addison* le pigment mélanique se révèle très abondant dans l'épiderme au niveau de l'assise basilaire et des deux ou trois rangées cellulaires sus-jacentes ; il y dessine une bande noire régulière, si riche en mélanine que les contours cellulaires disparaissent. La zone papillaire du derme montre après l'argentation un réseau anastomotique pigmenté comparable à celui des nævi pigmentaires, mais moins étendu en profondeur.

On sait qu'indépendamment de la théorie qui attribue au plexus solaire et aux ganglions sympathiques l'origine de cette pigmentation, certains auteurs (Prodanoff) rattachent partiellement cette mélanodermie aux fonctions surrénales qui joueraient un rôle régulateur dans l'élaboration chimique du chromogène qui est transformé, au niveau du tégument en pigment, par l'oxydase de Bruno Bloch.

Dans les *poïkilodermies* la résille langerhansienne est intensément dessinée par les fines poussières pigmentaires qui accompagnent les prolongements rameux des cellules de Langerhans. Abondant dans les zones récemment lésées, le pigment tend à disparaître dans les macules atrophiques. Le déplacement du pigment dans le derme est très important au début du processus; la mélanine déplacée présente un aspect spécial et s'accumule en mottes dans les chromatophores ou dans les espaces interstitiels.

C'est également un réseau très riche en mélanine que l'on observe dans les *syphilides pigmentaires*. Les anastomoses du

système langerhansien avec les chromatophores et avec les cellules adventicielles forment un réseau dense, très chargé en pigment fin et poussiéreux ou en mottes mélaniques.

Les macules récentes du *xeroderma pigmentosum* sont caractérisées par une mélanogénèse intense de l'épiderme et du derme associée aux télangiectasies. L'hyperpigmentation reste localisée exclusivement à l'épiderme, et il y a exode du pigment, visible jusque dans les strates cornéennes à l'examen des macules plus anciennes. Au stade de cancérisation le pigment est réparti suivant des zones segmentaires abondamment criblées de mélanine, séparées par des zones apigmentées, et les néoplasies malignes paraissent se développer exclusivement en ces territoires achromiques.

D'ailleurs, les cellules argentaffines ont été signalées fréquemment dans *les néoplasmes non cutanés*. Dans le travail que Delbet a publié à ce sujet, la propriété de fixer les sels d'argent s'observait dans les cellules mésenchymateuses dites interstitielles des tumeurs mammaires. L'auteur refuse de se prononcer sur la signification de ces éléments (*Bulletin de l'association française pour l'étude du Cancer*, mai 1923).

Masson signale de même dans les cancers mammaires *qui ont envahi le tégument*, la présence de pigment élaboré par des cellules de Langerhans douées d'une mobilité spéciale qui leur permet de descendre jusqu'à un certain étage du derme qu'elles ne peuvent dépasser ; les imprégnations les montrent au sein de ces néoplasmes. Les cellules réticulo-endothéliales sont capables d'ailleurs, de véhiculer le pigment ; elles sont amboceptrices comme leurs homologues du réseau tropho-mélanique, leur caractère dopa-négatif leur confère des facultés mélanophores mais non mélanogènes.

Caudière cite des faits analogues à ceux de Masson dans les cancers du sein et dans les épithéliomes malpighiens, et nous avons pu contrôler l'exactitude de ces observations. Tout récemment, Babes a signalé la présence de cellules pigmentaires rameuses dans les polypes utérins (*Annales d'anatomie pathologique*, avril 1927).

C. — *Xanthomes et xantho-sarcomes.*

MM. Pautrier et Lévy dans différentes publications (*Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Strasbourg, 1923; *Annales de Dermatologie*, 1924; *Société de Dermatologie*, 1927), reprenant les démonstrations de Masson, ont pu dans des cas de xanthomes, constater la continuité anatomique du réseau de Langerhans et déceler les graisses colorables par le sharlach dans les endothéliums vasculaires, les cellules des tuniques des vaisseaux, dans les cellules conjonctives dermiques, dans les cellules de Langerhans; utilisant la méthode des imprégnations argentiques combinées à la technique spéciale des graisses, ils ont réussi à prouver la continuité du réseau dessiné par le pigment avec un réseau dessiné par les graisses. Ces auteurs font remarquer qu'à côté de la circulation plasmatique classique, il y a lieu d'envisager une circulation inter et intracellulaire. Les substances élaborées au lieu de circuler dans les espaces conjonctifs, cheminent soit à travers le cytoplasme cellulaire lui-même, soit dans les espaces interépithéliaux (filaments exoplastiques, spiralés, intracellulaires, nodules de Bizzozéro, appareil mitochondrial, etc.). Il ne s'agirait même plus d'une simple circulation; l'élaboration des substances véhiculées de cellule à cellule, s'effectuerait dans ce tissu qui semble répondre au « carrefour » où se réaliseraient les modifications intimes des matériaux apportés par le système vasculaire pour être utilisés ou éliminés. Comme Masson, ils insistent sur l'aspect différent de la mélanine dans les mélanoblastes et dans les chromatophores, fait qui semble bien prouver un travail d'élaboration.

Les xanthosarcomes et les tumeurs xanthomisées sont justiciables des mêmes interprétations; la thèse de Lévy qui envisage spécialement cette question est très richement documentée à ce sujet. Toutefois Pautrier et Lévy n'envisagent dans leur description que des cellules anastomotiques, une chaîne endothélio-langerhansienne. Nos recherches sur ce sujet nous autorisent à insister sur la mise en liberté aux points nodaux du réticulum d'éléments qui, libérés et vraisemblablement mobiles, assument un rôle physiologique important. Cette libération serait comparable à celle des cellules de Langerhans dans les tumeurs, à la mobilité des cellules d'Erlich dans l'urticaire pigmentaire, à celle

du polyblaste étudiée et précisée par Maximow dans les organes lymphoïdes. Nous verrons plus loin le rôle considérable que peut entraîner cette faculté de translation de la cellule dans le fonctionnement physiologique et pathologique du système.

D. — *Dermatoses à pigment ferrique (Purpura, maladie de Schamberg, radiodermites).*

Dans ces diverses affections le pigment ferrique mis en évidence par les procédés au ferrocyanure de potassium, apparaît abondant, il pénètre l'épiderme ou les complexus sudoripares et sébacés ; il prédomine autour des vaisseaux. Souvent il dessine les contours des cellules ou leurs expansions rameuses, on masque à la fois le corps protoplasmique et le noyau. Il apparaît sous l'aspect de blocs irréguliers ou de traînées poussiéreuses au voisinage des cellules. Les cellules réticulaires qui en sont infiltrées revêtent l'aspect du clasmatocyte.

Dans l'épiderme les grains de pigment ferrique sont le plus souvent intercalés entre les pieds des cellules basilaires. Le plus souvent ils paraissent subir au voisinage de la vitrée une modification physique ou chimique et déterminent le long de celle-ci une bande de teinte bleu clair qui s'insinue plus ou moins entre les cellules épidermiques.

On peut remarquer que les mailles du réseau papillaire sont rarement complètes, la plupart des cellules pigmentées sont libérées de leurs connexions réticulaires.

II. — Le système réticulo-endothélial dans les états pathologiques indépendants de la peau

L'étude du système réticulo-endothélial par les méthodes d'imprégnation (Ramon y Cajol, Bielchowsky-Maresch) qui colorent électivement les fibres grillagées (Gitterfasern) et les cellules réticulaires et endothéliales, a montré son importance en *pathologie générale*. Des acquisitions récentes semblent démontrer que *la maladie de Gaucher*, considérée d'abord comme un épithélioma, rentrerait dans le groupe des affections dues à un trouble du métabolisme général, à la transformation vacuolaire

avec surcharge lécithinique des cellules réticulo-endothéliales. Les lésions hépatiques, ganglionnaires, osseuses ne répondraient pas à des métastases mais à la diffusion des lésions du système réticulaire imputable aux seuls échanges tissulaires ou à une affection surajoutée, ou à un processus intermédiaire à l'infection et à la néoplasie (Ménétrier). Dans un cas étudié avec Du Castel, la rate volumineuse montrait, sous le microscope, des modifications du système réticulo-endothélial comparables à celles qui ont été récemment décrites (Oberling, *Annales d'anatomie pathologiques*, 1924, la maladie de Gaucher). Les cellules réticulaires polymorphes, gigantesques parfois, pourvues de noyaux simples ou multiples, étaient surtout remarquables par l'aspect vacuolaire du protoplasme infiltré de substance lipo-protéïque. Leurs caractères étaient ceux des cellules chargées de produits de rétention et non de cellules néoplasiques. Dans les cas cités par Oberling le foie atteint de cirrhose diffuse, offrait, au niveau des espaces glissonniens et péri-sus-hépatiques des lésions de surcharge analogue, des cellules histiocytaires, des cellules de Kupffer, ou des cellules réticulaires localisées entre la travée et le système Kupffèrien. Les ganglions, le thymus, la moelle osseuse seraient le siège d'une rétention semblable qui pourrait s'observer aussi dans les cellules endothéliales sinusiennes.

Ainsi, suivant les cas, le protoplasme spongieux de la cellule réticulaire, s'imbibe de pigment, d'éthers gras de la cholestérine, de substance granuleuse métachromatique, ou de la substance lipo-protéique mise en évidence dans les cellules de Gaucher. Comme dans le réseau dermique de l'urticaire pigmentaire, les cellules réticulaires (gaucheriennes) affectent des rapports évidents avec les fibres grillagées, de même certains éléments réticulaires porteurs de substance lipo-protéique sont libérés dans les mailles du réseau comme les cellules d'Erlich du derme, comme les polyblastes de Maximow dans les tuberculoses ganglionnaires, comme les cellules xanthélasmiques et les cellules pigmentaires.

Nous n'insisterons pas sur les réactions pathologiques du système au niveau des appareils *névrogliques* et *méningoblastiques*. Parmi ces réactions, les unes sont d'ordre inflammatoire ou dyscrasique (glioses, scléroses, syringomyélie, etc.). On connaît les glioses extra-duremériennes, bulbo-spinales décrites par Lhermitte dans les affections syphilitiques du système nerveux

(Lhermitte, *Annales d'anatomie pathologique*, février 1926). D'autres sont néoplasiques, tels les gliomes centraux ou périphériques, la maladie de Recklinghausen centrale et périphérique, les méningoblastomes (Roussy et Lhermitte, *Annales d'anatomie pathologique* et Oberling, *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, juilllet 1922).

Il y a lieu de remarquer que ce sont les techniques du système nerveux (Golgi, Ramon y Cajal, Masson, Mallory, Bielchowsky) qui révèlent le mieux, même dans le tissu conjonctif banal, la structure fine du tissu réticulo-endothélial.

Les travaux allemands ont fait jouer un rôle primordial au système macrophagique *du foie* (cellules de Kupffer), de la rate et des ganglions dans les phénomènes hémolytiques, et ils ont vulgarisé les notions que les auteurs français, Chauffard et Widal en particulier, avaient émises pour l'interprétation pathogénique de ces troubles. Amplifiant les données de l'école française les auteurs d'outre Rhin rapportent les ictères hémolytiques et les anémies pernicieuses au système réticulo-endothélial (Eppinger, Helly, *Congrès d'Iéna*, 1921). Pour ces auteurs la sclérose du foie et de la pulpe splénique résulte des altérations du tissu réticulaire consécutives aux surcharges pigmentaires répétées.

Fiesinger fait remarquer à ce sujet, que cette pathogénie se trouve en défaut dans les sidéroses hématogènes du foie des ictères hémolytiques congénitaux (Fiessinger, *Presse médicale*, 1923. Pathogénie des cirrhoses).

Les cirrhoses hypertrophiques de la rate, type Banti, certaines rates paludéennes, les cirrhoses de la rate seraient vraisemblablement justiciables des mêmes interprétations.

Mais nous ne pouvons insister sur ces questions qui ne sont encore que des hypothèses de travail.

Les travaux de Dominici et de Rubens Duval, avaient envisagé depuis longtemps déjà un processus de réaction du tissu conjonctif qui forme le stroma du *cancer, tant cutané que viscéral.* Reprenant la question au Congrès du cancer (Strasbourg, 23 et 24 juillet 1923), Rubens Duval a précisé le caractère défensif de cette réaction. « Dans le cas où cette réaction est bien développée, dit-il, le tissu conjonctif de la région où prolifèrent les cellules cancéreuses est remanié et souvent transformé en tissu réticulé; tantôt cette transformation n'est qu'ébauchée.

Mais dans tous les cas il s'agirait d'une réaction lympho-conjonctive avec apparition de nappes lymphoïdes pourvues de centres germinatifs comme les follicules clos et les ganglions. Les adaptations fonctionnelles et les différenciations des cellules fixes d'une part, l'afflux des cellules lympho-conjonctives diapédésées, d'autre part, semblent faire les frais de cette transformation qui s'observe surtout dans le derme cutané (Rubens Duval) ».

Faut-il voir dans cette réaction une défense par le tissu réticulo-endothélial, ou une reviviscence du tissu adénoïde au sens de Dominici ? Ou bien le tissu réticulo-endothélial ne serait-il pas identifiable au tissu hématopoïétique ?

C'est encore une réaction analogue du système réticulé qui, dans le ganglion cancéreux métastatique, provoque le « colmatage » du filtre réticulé ganglionnaire (Masson) dans la stroma-réaction des ganglions et dans celle des voies lymphatiques tributaires.

La théorie de Murphi, qui attribue au système lymphoïde un rôle si considérable dans les réactions défensives de l'organisme contre le cancer, n'est-elle pas un éloquent plaidoyer en faveur d'une fonction de défense attribuable à juste titre au tissu réticulo-endothélial, puisque ce système constitue une des sources des cellules blanches du sang ?

Ce sont là des problèmes qui attendent leur solution et que nous ne faisons que soulever.

Les conceptions nouvelles du tissu hématopoïétique que nous avons brièvement résumées dans la première partie de ce travail, ont permis d'apporter des précisions aux groupes des leucocytoses et des leucémies. On a décrit des monocytoses d'origine réticulaires (cellules de Rinfleich dans la fièvre typhoïde, lymphomes de Wagner du foie infectieux, endocardite infectieuse, variole, etc.). On a distingué des monocytoses d'origine endothéliale (septicémie, typhus exanthématique). On a signalé des monocytopénies des monocytémies. Celles-ci, leucémies à monocytes, montrent à l'autopsie un développement prépondérant du système réticulo-endothélial dans les viscères, le système Kupfférien du foie en particulier. Parmi ces leucémies, les unes répondraient à des endothélioses, d'autres à des réticuloses, d'autres mixtes à des réticulo-endothélioses. De même on a observé des réactions tumorales, d'origine réticulaire ou endothéliale et c'est à juste titre que Merklen et Wolff rappellent l'importance des réac-

tions réticulo-endothéliales du système « histio-monocytaire » dans l'évolution du sarcome des poules de Peyton Rouss, faits qui ont été signalés pas Carrel, Obeling, etc.

III. — Le tissu réticulo-endothélial dans les tuberculoses expérimentales

Chez un homme de 46 ans présentant des lésions de tuberculose ganglionnaire localisées aux ganglions sus-pancréatiques et ayant entraîné des troubles attribués à tort à une néoplasie nécessitant l'intervention chirurgicale, nous avons pu reconnaître dans la pièce opératoire des lésions caractéristiques de tuberculose ganglionnaire périglandulaire analogue à certaines observations rapportées par Carnot. Le microscope montrait une mobilisation très particulière des cellules endothéliales et des éléments réticulaires du ganglion qui, détachées du réseau adénoïde, constituaient la majorité des follicules tuberculeux observés. En outre, les colorations bactériologiques montraient une phagocytose intense des bacilles par les polyblastes libérés, agglomérés en cellules géantes ou au stade épithélioïde. Ce fait nous incita à inoculer la tuberculose à un cobaye dont le tissu réticulo-endothélial aurait été mis en évidence par le carmin ou par les couleurs d'aniline en injections intrapéritonéales et sous-cutanées. Malgré la richesse discrète du cobaye en cellules réticulaires nous avons pu constater les faits suivants, en comparant les tissus tuberculisés du cobaye saturé de carmin aux tissus normaux d'un autre cobaye soumis aux mêmes colorations vitales et non tuberculisé.

Les modifications dans le ganglion portent d'une part sur les cellules réticulaires et les cellules sinusiennes, d'autre part sur les cellules mobiles libérées du réseau.

Une partie des cellules réticulaires gardent leurs connexions avec les fibres du réticulum mais subissent certaines modifications : leur volume s'accroît, le noyau et les nucléoles s'hypertrophient. Près du noyau le cytoplasme se charge de granulations azurophiles. D'autres cellules se chargent de granulations d'aspect graisseux et de grains pigmentaires. Ces modifications paraissent répondre à un hyperfonctionnement qui se traduit par la fréquence des mitoses. Certaines cellules montrent des affinités acidophiles du protoplasme et revêtent une apparence épithélioïde ;

d'autres réalisent le type de la cellule de Langhans, et ces éléments réactionnels exercent leurs propriétés phagocytaires en incorporant les bacilles tuberculeux.

Dans les mailles du réticulum sont accumulées des cellules mobiles; les unes sont d'origine diapédétiques et offrent la morphologie des cellules du tissu de granulation. Les autres proviennent d'une source différente : certaines cellules réticulaires hypertrophiées, font saillie à la surface des travées, tendent à se pédiculiser et se détachent, conservant souvent, comme nous l'avons signalé au sujet des cellules d'Erlich, dans l'urticaire pigmentaire, des bourgeons effilés ou mousses, reliquats de leur attache. Ces éléments libérés apparaissent parfois garnis de pseudopodes rameux. Ainsi, les éléments réticulaires rompent leur attache, se mobilisent, et il nous a semblé qu'ils paraissaient plus aptes que les autres à la phagocytose du bacille, à la confluence et à l'édification de cellules géantes. Les grains pigmentaires qui s'observent parfois dans ces éléments, et leur état vacuolaire fréquent semble bien en rapport avec leur activité phagocytaire.

L'endothélium des sinus ganglionnaires montre la même évolution, les mêmes transformations, tandis que les cellules endothéliales des vaisseaux restent intactes. Ainsi la cellule réticulaire jouit d'un potentiel migrateur mis en jeu par l'élément infectieux ou irritatif qui l'entoure. Elle assure la défense de l'organisme, et elle est aidée dans cette fonction par les cellules diapédésées, les lymphocytes et moyens mononucléaires dont les fonctions macrophagiques et l'aptitude à élaborer des cellules géantes sont indiscutables.

Le tissu *épiploïque* du cobaye tuberculisé nous a montré des faits comparables. Ce sont les mêmes réactions des lymphocytes et des clasmotocytes qui constituent en ce tissu le système réticulaire; de même pour les cellules libérées (cellules d'Erlich ou mastzellen). On constate l'hypertrophie de ces cellules, portant surtout sur la sphère attractive, et leur transformation en cellules épithélioïdes et en cellules géantes après leur libération du réseau. Même pédiculation, mêmes renflements massués, même tendance à l'agglomération après la libération.

Le tissu *dermique* offre des réactions identiques. Les clasmatocytes présentent des signes d'activité intense; leur volume est considérablement accru, leur protoplasme creusé de vacuoles, ou

chargé de grains pigmentaires, parfois de bacilles. Le cyto-centre est hypertrophié et les noyaux subissent fréquemment la division directe ou indirecte. Peu à peu ces éléments se mobilisent, avec peine, semble-t-il, tout empêtrés et englués qu'ils sont, dans leur substance fondamentale fibrillaire, ils parviennent cependant à vaincre cette résistance, soit que les ferments protéolysants microbiens aident à leur mobilisation, soit par un autre mécanisme. Toutefois en certaines régions (dos) où le tissu conjonctif est plus dense, plus serré, la libération ne s'observe pas, et les formations folliculaires manquent.

Le foie, la rate, le thymus, les surrénales, les organes génitaux se comportent de même, mais les lésions discrètes qu'ils ont présenté chez l'animal d'expérience ne nous ont pas permis une interprétation détaillée. Nos conclusions à ce sujet sont à peu près comparables aux faits rapportés par Maximow dans la culture des tissus tuberculeux.

Nous avons montré l'importance du rôle joué par le tissu réticulo-endothélial dans les échanges tissulaires à l'état normal et pathologique ; rôle que les hématologistes ont élargi encore en apportant la notion de ses fonctions hématopoïétiques ; cette simple expérimentation montre qu'il y a lieu d'y adjoindre une fonction de défense qui semble indéniable dans l'infection tuberculeuse.

De nombreux travaux ont accru considérablement le domaine pathologique du système réticulo-endothélial. Il interviendrait dans le mécanisme de l'immunité (production de ferments, d'anticorps), son rôle serait capital dans le métabolisme des lipoïdes, dans le diabète gras, les ictères hémolytiques, les anémies, dans la formation des pigments biliaires.

Nous ne pouvons insister plus longuement sur les manifestations réactionnelles de ce système tissulaire, dans tout l'organisme, nous n'avons signalé les faits ci-dessus exposés que dans le but de dégager sa signification vraisemblable, l'importance de son rôle paraissant capitale dans le tégument.

CONCLUSIONS

Résumons en quelques lignes les notions qui paraissent pouvoir se dégager de nos recherches sur le tissu réticulo-endothélial, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique.

Anatomiquement, il existe dans les régions où s'adossent les cellules épithéliales et leur soutien conjonctif, un réseau de *cellules fixes* anastomotiques dont les mailles sont constituées de fibrilles ni collagènes ni élastiques à caractères embryonnaires, formant un immense syncytium réticulé interposé entre les éléments ectodermiques et leur support conjonctivo-vasculaire, trame de soutien et de nutrition.

Dans les mailles de ce réseau circulent des *cellules mobiles*, les unes issues du torrent circulatoire par diapédèse, les autres mobilisées, détachées du réseau, pourvues les unes et les autres de mouvements amœboïdes.

Les cellules réticulaires sont comparables aux fibres conjonctives embryonnaires dépourvues de collagène, aux fibres grillagées, aux fibres réticulaires ganglionnaires ou spléniques, aux fibres névrogliques.

Physiologiquement ce système paraît assumer un rôle de défense dans l'organisme, et un rôle dans les échanges intertissulaires prouvé par l'étude de la mélanogenèse, de la répartition des graisses, des éthers gras de la cholestérine, de la topographie du pigment ferrique.

De là, la conception physiologique de la circulation inter et intracellulaire étudiée par Masson, par Pautrier et Lévy.

Le fonctionnement physiologique de ce système serait très complexe si l'on admet avec Masson le rôle ambocepteur de la chaîne réticulée.

Nous croyons qu'il y a lieu d'ajouter à la circulation inter et intracellulaire une autre circulation qui supplée la chaîne des éléments fixes et raccourcit les trajets dans les longs et tortueux espaces décrits par Ranvier, celle des éléments *mobiles* (polyblastes, mastzellen) à laquelle semble dévolu un rôle prépondérant dans le transfert des matériaux d'une chaîne à l'autre, la circulation translacunaire.

La mobilité des cellules libres du réseau connue déjà de Ranvier, est affirmée par Jolly qui décrit leur progression lente, différente des mouvements amœboïdes des leucocytes. Elle a été vérifiée par Maximow dans la culture de tissu lymphoïde infecté par le bacille tuberculeux. Son importance physiologique et pathologique semble considérable. Dès qu'un élément offensif apparaît, des cellules se mobilisent qui phagocytent l'assaillant, ainsi s'élaborent les cellules de Rudfleich dans l'infection typhoï-

dique, les cellules géantes dans la tuberculose, dans le bouton d'Orient, dans les tumeurs par corps étrangers, les cellules lépreuses, etc.

Ces éléments s'adaptent aux nécessités du moment et rentrent ensuite dans l'inactivité, évoluant en fibroblastes ou cellules adipeuses quand leur rôle physiologique de défense est terminé.

Cette mobilité qui favorise la défense n'est pas moins providentielle dans les échanges intertissulaires. Les substances véhiculées qui, comme disent Pautrier et Lévy, cheminent de cellule à cellule, peuvent ainsi passer d'une rive à l'autre dans l'espace interstitiel et emprunter la voie *translaculaire* par les cellules mobiles dans lesquelles elles sont incluses.

On connaît le travail intéressant du Professeur Achard sur le système lacunaire qui semble compléter l'étude du système réticulo-endothélial.

Détachés du réticulum, ou émigrés de la circulation sanguine, mastzellen, polyblastes, lymphocytes, chargés de chromogène, de pigments, de substances granuleuses ou sharlachophiles, sont en raison de leurs aptitudes amœboïdes, susceptibles de parcourir plus ou moins rapidement les lacunes du tissu conjonctif, suivant les nécessités physiologiques qui leur sont imposées.

Que sont donc ces lacunes, et comment le système lacunaire complète-t-il le système réticulo-endothélial ?

Bichat, dans sa classification des systèmes, décrivait séparément le système cellulaire (tissu conjonctif), le système séreux et le système synovial. Achard les réunit en un seul et désigne sous l'appellation de système lacunaire l'ensemble des interstices cellulaires et viscéraux que remplit une grande partie des liquides de l'organisme (Achard, Aperçu de la physiologie et de la pathologie générale du système lacunaire. Masson, 1924. *Biologie médicale*, février et mars 1923).

Ce système apparaît chez l'embryon bien avant le sang et les vaisseaux ; il n'est pas indépendant chez les êtres inférieurs, mais il le devient chez les vertébrés. « Apparaissant le premier dans l'organisme il semble, dit Achard, le plus constant, le plus nécessaire, les systèmes lymphatique et vasculaire n'étant que ses auxiliaires ».

Il semble bien que ce système réponde, tout au moins partiellement, aux lacunes que limitent les mailles du tissu réticulo-endothélial (fentes interépithéliales et interendothéliales, espaces

conjonctifs indépendants (Laguesse) ou intercommuniquants (Nageotte), en communication constante avec le système lymphatique ; espaces dits sous-arachnoïdiens, etc.).

Achard insiste sur le rôle physiologique des lacunes remplies de liquide provenant du plasma sanguin : elles reçoivent le trop plein, constituent le milieu nourricier, apportent les matériaux utiles, emportent les déchets, et par les échanges intertissulaires maintiennent constant le milieu interne que les états pathologiques peuvent modifier (inflammation, exsudats, hydropisies, etc.).

L'auteur signale à ce sujet le *double courant d'échanges* entre le système vasculaire et le système lacunaire (extravasats, résorption). L'existence de ce double courant n'est-elle pas à rapprocher de la double polarité du réseau tropho-mélanique et du système réticulo-endothélial, dont les éléments cellulaires paraissent doués des mêmes propriétés amboceptrices ?

Circulation inter et intracellulaire, dans le système réticulaire, circulation par cellules mobiles à travers les espaces du système lacunaire, sont deux fonctions complémentaires l'une de l'autre. Mais, somme toute, c'est au système réticulo-endothélial que revient le rôle primordial, non seulement pour la régulation des échanges intertissulaires, mais aussi pour la défense de l'organisme.

ESSAI SUR L'ORIGINE EMBRYOLOGIQUE D'UN NÆVUS PIGMENTAIRE DE LA RÉGION ANO-VULVAIRE

Par Clément SIMON et Ch. GARNIER.

Ayant eu l'occasion d'observer un nævus pigmentaire de siège insolite, et dont la photographie que nous reproduisons (fig. 1) donne une idée exacte, nous nous sommes demandé s'il était possible de rechercher les raisons d'une telle localisation et d'une telle symétrie.

Nous rappelant la distribution de certains nævi le long de territoires nerveux périphériques (maladie de Recklinghausen) ou radiculaires (nævi zoniformes), nous avons d'abord pensé que notre cas relevait d'une distribution analogue. Mais, en nous reportant aux figures classiques de Déjerine, comme nous l'avait conseillé notre ami le docteur Tournay, nous avons vite abandonné cette hypothèse. Nous reproduisons (fig. 2 et fig. 3) les schémas de Déjerine sur lesquels nous avons placé le tracé de notre nævus. On se rend compte aisément que le nævus est à cheval sur plusieurs territoires innervés par divers nerfs périphériques aussi bien que sur plusieurs zones radiculaires.

Faut-il invoquer une systématisation vasculaire? Si l'on s'en tient à la topographie artérielle de l'adulte, l'hypothèse est difficile à soutenir quand on sait que des artères d'origine aussi différente que la périnéale superficielle (de la honteuse interne) et les honteuses externes (de la fémorale primitive) concourent à la vascularisation de la région. Mais si l'on se rapporte à l'embryologie, peut-être faut-il donner quelque valeur à la vascularisation.

Le nævus est à la place même où, sur le pôle inférieur de l'embryon, le mésoderme vient s'interposer d'une façon particulière entre ectoderme et endoderme. Or, ce qu'apporte le méso-

derme, c'est la vascularisation qui, à ce niveau, va être assurée par des éléments vasculaires qui, émanant de la ligne aortique, convergent vers la ligne médiane ventrale.

Nous allons voir, en nous rappelant quelques notions d'embryologie, que le nævus que nous étudions occupe une région bien définie au cours du développement, une de ces régions



Fig. 1. — Photographie d'un nœvus pigmentaire périnéal.

fissuraires qui semblent être un point d'appel pour les malformations comme l'a montré Wirchow pour certains angiomes : angiomes de la face, au niveau des lignes de soudure des bourgeons faciaux ; angiomes du cou, au niveau des sillons branchiaux ; angiomes du dos, coexistant au niveau du point de coalescence du sillon primitif, avec un *spina bifida* (Ombrédanne).

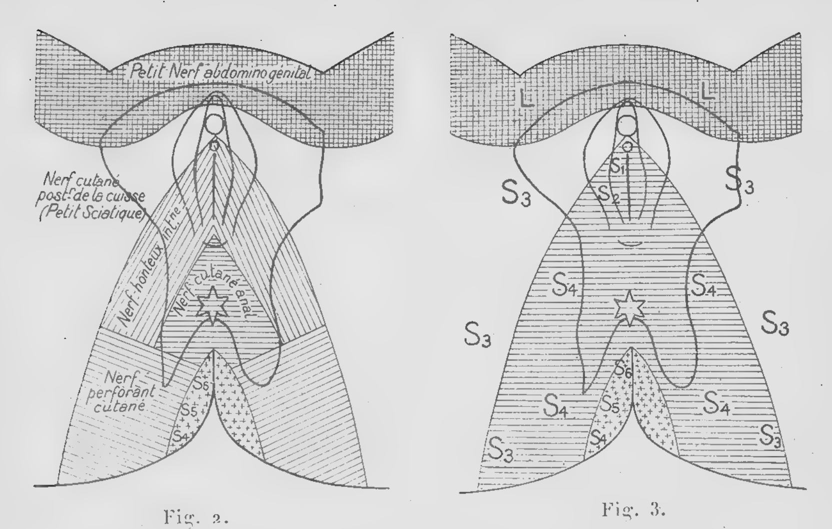


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 2. — Distribution nerveuse périphérique (d'après Déjerine) sur laquelle est reporté la couture du nævus.

Fig. 3. — Distribution nerveuse radiculaire (d'après Déjerine) sur laquelle est reportée la couture du nævus.

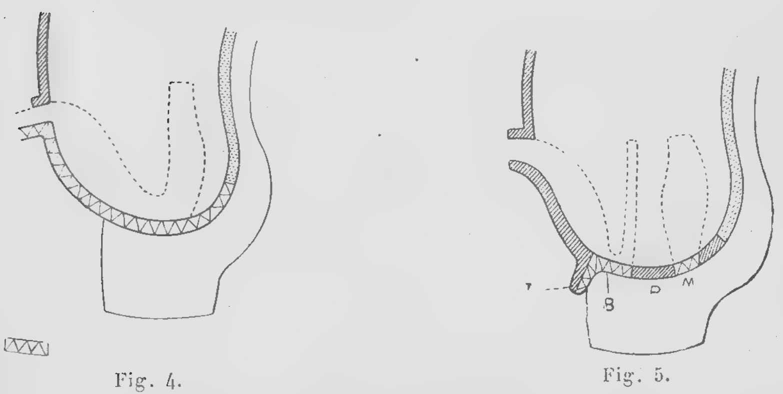


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 4. — En lignes brisées [ΛΛΛ] est figuré le sillon polaire inférieur où se fait en dernier lieu la mésodermisation.

Fig. 5. — Le début de la mésodermisation,

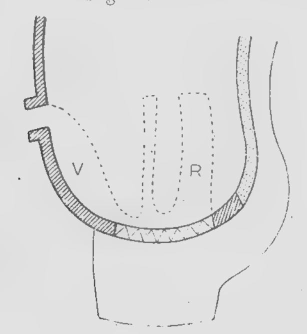


Fig. 6. — Mésodermisation du périnée. Les deux régions du sillon polaire où la mésodermisation ne se fait pas (bouchon cloacal et membrane anale) sont vouées à la résorption. — T, tubercule génital. — B. bouchon cloacal. — P, périnée. — M, Membrane anale.

Le pôle inférieur de l'embryon présente, de l'éminence caudale à l'ombilic, un sillon médian, sillon qui peut remonter en arrière jusqu'à la région coccygienne (fig. 4) et qui, persistant à l'état de non-mésodermisation, aboutit à la malformation de Franco : la grande fissure exstrophique étendue de l'ombilic à la région lombaire.

Ce sillon représente en effet la ligne suivant laquelle la mésodermisation se fait en dernier lieu ; cette mésodermisation se fait d'arrière en avant et procède par avancée latérale vers la ligne médiane : elle vient infiltrer cette bande, lui conférant la vitalité définitive, sauf aux points qui sont voués à la résorption, c'est-à-dire la membrane anale en arrière et, en avant, le bouchon cloacal, se prolongeant à la partie inférieure du tubercule génital (fig. 5 et 6).

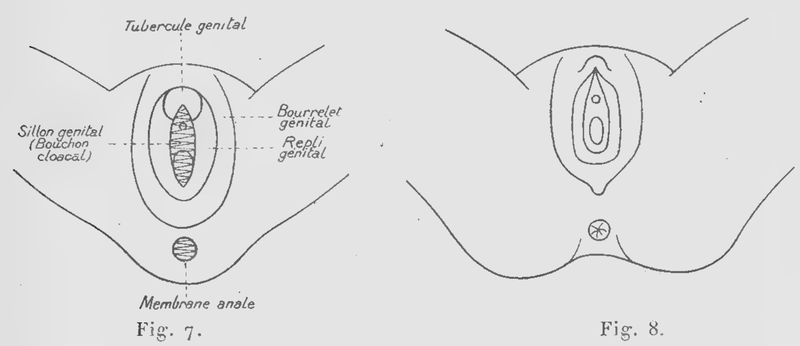


Fig. 7. Fig. 8.

Fig. 7. — Stade indifférent.
Fig. 8. — Stade féminin.

Notre nævus est nettement superposé à cette zone embryonnaire. Le bouchon cloacal est bordé latéralement par deux replis verticaux de chaque côté : l'interne ou repli génital, l'externe ou bourrelet génital et, entre les deux replis, il forme le sillon génital où débouchent l'urètre postérieur en haut et la filière génitale en bas. Les bourrelets deviennent les grandes lèvres ; les replis génitaux deviennent les petites lèvres ; le bouchon cloacal se résorbant, le sillon génital devient le vestibule du vagin, dans lequel s'ouvrent l'urètre en haut et le vagin en bas. En avant du bouchon cloacal, le tubercule génital devient le clitoris ; en arrière du bouchon cloacal se trouve une région mésodermisée qui forme le périnée. Plus en arrière, la membrane anale se résorbant laisse place à l'orifice anal (fig. 7 et 8).

Région périnéale, périnée, lèvres, région inférieure du Mont de Vénus sont envahis d'arrière en avant par le nævus qui intéresse ainsi cette partie du sillon polaire de l'embryon qui est la plus remaniée au cours du développement. Au même titre que les angiomes « fissuraires » il a donc une localisation « régionale » qui lui semble être assignée par l'embryologie.

UN CAS AUTOCHTONE DE LEISHMANIOSE CUTANÉE A CONSTANTINOPLE

Par le Dr Robert ABIMÉLECH (de Constantinople)

(5 *figures dans le texte*).

Des personnes accusant souvent une, mais parfois aussi plus d'une cicatrice sur le visage, sont légion dans notre ville. Ce sont des cicatrices rondes ou ovales, allant parfois jusqu'à atteindre plusieurs centimètres de diamètre ; enchâssées dans le derme, elles sont souples et lisses en surface. Ces cicatrices se voient dans certains quartiers de la ville, où les habitants viennent pour la plupart de l'intérieur ou des contrées ayant fait antérieurement partie du pays, telles que la Mésopotamie, la Palestine, etc. Constantinople se trouve presqu'encerclée par des foyers distincts de Leishmaniose. D'une part le Turkestan, l'Anatolie Orientale, la Mésopotamie, la Syrie et la Palestine ; de l'autre le Bassin de la Méditerranée, les Iles de l'Egée, la Grèce et le Sud de l'Italie.

Les Foyers les plus importants de Leishmaniose cutanée en Turquie se trouvent dans les vilayets orientaux ainsi que dans les régions de la frontière turco-syrienne. Dans ces parages la leishmaniose cutanée est si répandue, que les profanes la connaissent très bien. Ils la laissent évoluer sachant bien que dans l'espace d'une période déterminée, la guérison se fera d'elle seule. C'est qu'en Turquie la leishmaniose épargne généralement les muqueuses ; elle intéresse la peau ou le tissu sous-cutané.

La leishmaniose de nos régions est le plus souvent — selon la classification de Rabello — ulcéreuse, ecthymatoïde ou impétigineuse. Chez des personnes à lésions multiples on rencontre aussi des manifestations non ulcéreuses en forme de nodules sous-cutanés.

L'étude épidémiologique de cette affection, dans les foyers où elle règne d'une façon endémique, montre que les parasites se propagent plutôt en automne, par l'entremise de certains insectes, peut-être par le Phlébotome *papataci*. Or ce même phlébotome a été mis en cause dans les épidémies de fièvre éphémère, survenues à Constantinople et aux Dardanelles vers l'année 1916-1917. Une particularité qui m'a frappé, c'est que les malades atteints de leishmaniose ont pour une grande part souffert d'une ou de plusieurs attaques de malaria. En effet les foyers où se voit chez nous la leishmaniose sont des régions marécageuses. On serait dans ce cas tenté d'incriminer, dans la propagation de la leishmaniose, le phlébotome aussi bien que les anophèles.

Escomel relate un cas de récidive chez une dame infectée en Amérique du Sud, treize années après la guérison apparente de la lésion initiale. A l'encontre de cette observation, il me paraît que les malades que j'ai eu l'occasion de voir au cours d'une quinzaine d'années, acquièrent une certaine immunité contre de nouvelles atteintes. C'est d'ailleurs en se basant sur les propriétés immunisantes de cette affection que Jessner en prépara un vaccin spécifique.

Le bouton d'Orient est auto-inoculable aussi bien qu'inoculable, témoin l'observation de la malade que je me permets de citer.

Observation I. — Régina E..., âgée de 22 ans, antécédents héréditaires et personnels sans importance, de constitution plutôt délicate, mais toujours bien portante. Vers janvier 1926 elle quitte Constantinople pour Alep, d'où sans s'arrêter elle gagne Biredjik (Nord-Est d'Alep). Après 4 mois de séjour elle reste 6 mois à Ourfa. Cette dernière localité est située à 3 heures en auto de Birédjik. Pendant les nuits chaudes notre malade dormait sur le toit de la maison, à ciel ouvert. Elle dormait mieux, mais elle était exposée sans trêve à l'assaut des mouches grandes et petites ainsi qu'à celui des moustiques.

Vers octobre 1926 elle quitte Ourfa pour réntrer directement à Constantinople. Deux semaines à peine après son arrivée, elle aperçoit d'abord sur sa joue gauche et sur le dos du nez deux petits nodules non ulcérés à croissance fort lente. D'après le dire de la malade, c'est à la suite d'un bain turc chaud, que ces deux nodules s'ulcérèrent. En même temps d'autres éruptions que je décrirai plus loin vinrent s'ajouter aux premières. La malade souffre depuis son retour d'accès de fièvre, survenant régulièrement chaque deux jours, contre lesquels elle emploie de la quinine avec succès.

Le milieu du dos du nez est pris par un placard rougeâtre, légèrement ovale, sur une étendue de 3 × 4 centimètres. Tandis que la périphérie est franchement érythémateuse et recouverte de minces pellicules, le centre gros comme un pois chiche est recouvert d'une croûte brun jaunâtre ; celle-ci se laisse enlever un peu difficilement et donne jour à une surface érosive rouge livide, bourgeonnante. A première vue l'ensemble rappelle sensiblement le lupus érythémateux.

Sur le visage à gauche, au milieu d'une ligne allant de l'œil gauche à la commissure gauche des lèvres, se voit une lésion ronde de 2 cm. 1/2 de diamètre, faisant corps avec le tissu sous-cutané sous-jacent. Cette lésion se distingue par une partie centrale d'à peu près



Fig. 1.

1 centimètre de diamètre ; tout autour une zone rouge livide de 1 cm. 1/2 de large, très œdémateuse, la palpation révélant une infiltration profonde. La lésion se trouve recouverte plus épaisse au centre, laquelle se laisse enlever plus ou moins facilement. L'ulcère mis ainsi à jour est cratériforme, d'un rouge vif, peu purulent ; il laisse sourdre une sécrétion plutôt muqueuse. Ses bords taillés à pics sont décollés irrégulièrement (fig. 1).

Toujours à gauche à 4-5 centimètres du pavillon de l'oreille on remarque sur la joue, une petite papule rosée de la grosseur d'une demi-lentille, survenue à peine depuis quelques jours.

La main gauche de la malade est le siège de différentes manifesta-

tions. Ainsi au poignet, au niveau de l'apophyse du cubitus et plus loin encore à 4-5 centimètres de distance, au niveau du point d'insertion du 1er et 2e métacarpien on voit 2 ulcérations de 1 cm. 1/2 et 2 centimètres de diamètre, avec des caractères cliniques analogues à la lésion de la joue. Toujours sur la partie dorsale de la main gauche, au niveau des articulations métacarpophalangiennes de l'index, de l'annulaire et du petit doigt trois lésions allant de la grosseur d'un pois chiche à celle d'une cerise, lésions ulcéro-croûteuses sans zone d'œdème. La palpation révèle une infiltration peu intense. Au milieu du dos de la main gauche un groupe de 5 petites papules distantes l'une et l'autre de quelques millimètres. Trois d'entre elles présentent



Fig. 2.



Fig. 3.

une érosion superficielle centrale, leur donnant l'aspect d'une éruption d'herpès (fig. 2).

L'avant-bras gauche est le siège de 7 ulcérations. L'une d'elle est grosse comme une amande, faisant corps avec le tissu sous-cutané et recouverte par une grosse croûte sanguinolente. Les 6 autres ulcérations sont à peu près de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois chiche, moins inflammatoires, recouvertes par des squames sèches, plus épaisses au centre.

Sur le bras droit on voit 17 lésions distinctes plus ou moins analogues, dont un groupe sur le coude (fig. 3).

A la poitrine, au niveau de la région claviculaire droite, une ulcération à périphérie inflammatoire rappelant un furoncle (fig. 4).

A la partie antérieure de la cuisse droite et à la face externe de la



Fig. 4.

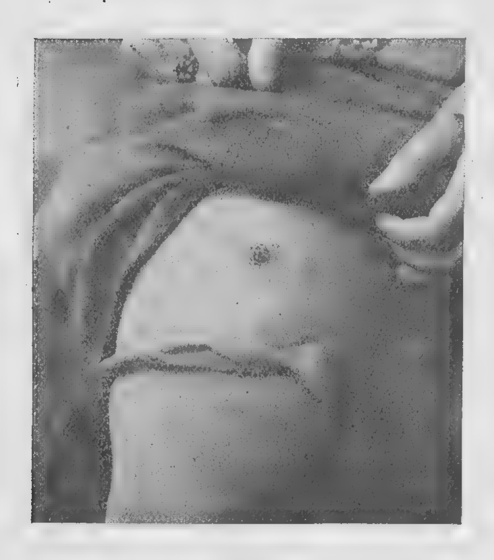


Fig. 5

jambe gauche on compte enfin 4 lésions nodulaires dont l'une intéressant la peau, les trois autres étant sous-cutanées. Le total des lésions chez cette malade est donc de 42.

L'engorgement ganglionnaire fait totalement défaut ; aucune traînée de lymphangite, les lésions ne sont pas douloureuses, si ce n'est un léger prurit ressenti à la chaleur du lit.

Après avoir enlevé les croûtes et tamponné les ulcérations, j'ai pris des particules de différentes lésions. Une partie a été étalée, fixée et colorée au Giemsa, une autre écrasée entre lame et lamelle et examinée à l'ultra-microscope. Toutes les lésions ne contiennent pas des Leishmania. Celles-ci sont d'autant plus nombreuses que la lésion est plus jeune. L'ultra microscope m'a semblé donner plus de détails. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Observation II. — Djamila P..., âgée de 23 ans, sans antécédents sérieux. Bien portante et de bonne constitution. Cousine de la précédente, elle va la rejoindre vers février 1926 d'abord à Birédjik (trois mois de séjour) et puis à Ourfa où elle reste comme la précédente 6 mois, soumise aux mêmes conditions de vie.

Deux semaines avant son départ d'Ourfa, elle aperçoit sur ses bras et sur ses jambes l'éclosion de quelques petits « boutons » qu'elle attribue à la piqûre de moustiques ; mais ces boutons loin de rétrocéder ont pris de plus en plus d'extension, sans cependant s'ulcérer. Actuellement la malade présente sur ses extrémités supérieures et inférieures, disséminées irrégulièrement, 25 manifestations. Ces manifestations se montrent sous la forme de petits nodules rouge foncé, allant de la grosseur d'une demi-lentille à celle d'un pois. Des 25 lésions intéressant les extrémités, 16 sont recouvertes de légères croûtelles épithéliales. Malgré le laps de temps déjà écoulé, ces nodules n'ont pas de tendance à progresser. Aussi ne constate-t-on pas d'ulcérations, si ce n'est en tout qu'une seule érosion superficielle.

Au milieu de la paupière supérieure gauche, vers son rebord libre, se voient à 2 millimètres de distance, deux petites papules rougeâtres, rondes, chacune grande comme le quart d'une lentille, recouvertes d'un épithélium apparemment intact.

Le matériel pour la recherche du Leishmania fut pris par grattage de la lésion érosive, et par raclage d'un nodule. Le premier ne donne que des cellules, le second révéla la présence de Leishmania caractéristiques.

Observation III. — Eugénie E..., âgée de 16 ans, sœur de notre première malade. N'a jamais quitté Constantinople. Comme antécédents, rougeole dans son enfance. 5 années auparavant, maladie fébrile, ayant duré une quinzaine de jours. Elle habite dans un faubourg une maisonnette, entourée d'un jardin. De moyens restreints, elle couche dans la même pièce que sa sœur arrivée d'Ourfa. La cousine citée dans l'observation II vient souvent passer quelques jours et dort dans la même pièce.

Deux semaines auparavant elle a vu apparaître sur le dos de sa main

droite un petit « bouton » qu'elle toucha à la teinture d'iode. D'abord comme une tête d'épingle, la lésion se présente actuellement comme un nodule de la grandeur d'une grosse lentille. Ce petit nodule plus ou moins infiltré est recouvert de légères squames épithéliales, au centre desquelles l'épithélium se trouve superficiellement érodé. L'examen révéla la présence de *Leishmania tropica*, à l'ultra aussi bien qu'au Giemsa. C'est à ma connaissance le premier cas autochtone de Leishmania, contracté chez une personne n'ayant pas quitté Constantinople.

SUR LE TRAITEMENT DU LICHEN PLAN PAR LA RADIOTHÉRAPIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES GANGLIONS SYMPATHIQUES

S. NEUMARK et A. KRYNSKI.

Travail du Dispensaire des maladies cutanées et vénériennes
et du Cabinet radiothérapeutique de la Caisse des Assurances-Maladies à Lodz.

Le traitement des affections dermatologiques cherchant à se baser, comme toute thérapeutique raisonnée, sur la pathogénie et l'étiologie, il est facile de comprendre l'intérêt que suscite une nouvelle conception pathogénique du lichen plan. C'est de cette conception et du traitement qui en découle que nous allons parler. La théorie suivant laquelle le système nerveux, et particulièrement le grand sympathique joue un rôle essentiel dans la pathogénie du lichen plan est basée sur la fréquence de cette affection chez les névropathes, à la suite de chocs ou d'émotions violentes. Cette théorie de l'origine nerveuse s'appuie également sur la symptomatologie de l'éruption (insomnies, céphalées, prurit) et sur sa topographie (disposition fréquemment symétrique ou zoniforme de l'éruption). Dans le même ordre d'idées se trouvent les observations de Thibierge et Ravaut (1), qui constatèrent dans certains cas de lichen plan généralisé à évolution rapide la disparition du prurit et des papules à la suite d'une ponction lombaire. En partant de ces faits, Pautrier, Hufschmitt et, indépendamment d'eux, Gouin essayèrent de traiter le lichen plan par irradiation avec les rayons X de la moelle épinière ou bien du sympathique vrai.

Pautrier (2) dans un cas d'éruption généralisée de lichen plan irradia la colonne vertébrale de la 1re vertèbre dorsale à la 5e lombaire divisant ce segment en cinq champs, dont chacun recevait 4 H. de rayons filtrés sur 5 millimètres d'aluminium, l'ampoule se trouvant placée perpendiculairement à la ligne des apophyses épineuses.

Au bout de dix jours il s'ensuivit une décongestion de l'éruption, le prurit disparut et au bout d'un mois la guérison fut complète. De même Hufschmitt (3) obtint une guérison complète dans un cas de lichen plan chez une femme de 52 ans chez laquelle on avait observé une intolérance au novarsénobenzol. La colonne vertébrale de la 5e vertèbre cervicale à la 1re lombaire fut divisée en 4-5 champs qui avaient reçu chacun 3 H. avec filtration de 5 millimètres d'aluminium ; 14 jours après, reprise de l'irradiation. Six jours après la deuxième séance, il se produisit une régression des plaques suivie de leur disparition complète avec un reliquat de macules pigmentées ; en même temps le prurit disparut. Par contre, dans un second cas irradié selon la même technique, il se produisit une brusque explosion d'éléments lichéniens généralisée à tout le corps, y compris la muqueuse buccale, les paumes des mains et les plantes des pieds ; parallèlement les sensations prurigineuses se sont accrues. Au bout d'un mois il s'ensuivit une guérison complète.

Un pareil exemple fut constaté par Hudelo, Laporte et Kourilsky (4). Dans un cas de lichen plan où l'on pratiqua l'irradiation segmentaire au niveau des deux renflements cervico-dorsal et dorso-lombaire de la moelle à deux champs paramédians avec 3 H. filtrés par 10 millimètres d'aluminium ; 4 jours après la séance augmentation du prurit, qui céda en quelques jours. Après la seconde séance effectuée 18 jours après, il se produisit une érythrodermie généralisée desquamative avec reprise violente du prurit. Un examen plus approfondi de l'éruption montra des papules confluentes de lichen plan. Un mois après le prurit disparut et les symptômes d'érythrodermie et de lichen plan furent très améliorés. Les auteurs, cités de même que Pautrier, considèrent cette exacerbation initiale de la dermatose comme une réaction de Herxheimer ce qui semblerait prouver que les rayons ont agi sur une région qui commande l'apparition du lichen plan.

L'irradiation de la moelle effectuée par la même méthode mais avec des doses plus faibles (2 H. sur 4 millimètres d'aluminium) dans deux cas de lichen plan ne donna à Pautrier (5) aucun résultat. Par contre, l'application de la technique de Bordier, qui fut employée par lui dans le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë, notamment l'irradiation bilatérale à feux croisés, l'ampoule inclinée de 45° environ, la colonne vertébrale étant divisée en

8 champs (4 de chaque côté) dont chacun recevait 3 H. sur 5 millimètres, amena soit une guérison complète, soit une amélioration considérable en un mois.

Dans un troisième cas de lichen plan généralisé six semaines après l'irradiation de toute la colonne vertébrale par la technique de Bordier on constate une disparition totale des lésions sur tout le corps et sur la muqueuse buccale. De même dans un cas de Hufschmitt (6) traité par la méthode de l'irradiation à feux croisés le prurit disparut en quatre jours, les lésions cutanées en dix. Enfin Montpellier et Zeraffa (7) dans un cas de lichen plan traité avec insuccès par différents moyens irradièrent la moelle suivant la méthode de Pautrier et Hufschmitt et d'après la technique à feux croisés (étincelle : 27 centimètres, MA : 2,5, filtre : 5 millimètres d'aluminium, 850 R = 5 H.). On irradia la région interscapulaire des deux côtés de la colonne vertébrale et la région lombaire du côté gauche. L'effet fut surprenant. Le deuxième jour le prurit était disparu sur tout le corps sauf sur la jambe droite en rapport avec la partie non irradiée de la moelle. Le prurit ne disparut ici, ainsi que l'éruption, que vers la fin du deuxième mois, tandis que, en d'autres places, les papules commencèrent à régresser au bout de 8 jours.

On peut, semble-t-il, conclure de ces observations que l'irradiation de la moelle par les rayons X agit d'une manière incontestable sur l'évolution habituellement torpide du lichen plan. De plus grâce à cette méthode, surtout par le procédé de Bordier, on obtient dans certains cas généralisés des résultats thérapeutiques étonnamment rapides, ce qui prouve la haute valeur de cette méthode curative.

En opposition avec les auteurs qui appliquaient l'irradiation profonde de la moelle, Gouin (8) élabora une méthode toute différente d'irradiation superficielle se proposant d'agir seulement sur les ganglions ou les terminaisons sympathiques et il obtint grâce à cette méthode une guérison dans 11 cas de lichen plan, le plus souvent, après une seule irradiation.

La technique employée par Gouin fut celle-ci : dose 4-5 H., rayons non filtrés, très mous (étincelle : 11-12 centimètres), distance entre l'anticathode et le tégument : 16 centimètres ; dans la majorité des cas on fit l'irradiation de la région intersca-

pulaire au niveau de la 4e-5e vertèbre dorsale ; dans un cas de *lichen obtusus* corné on irradia aussi la région lombaire.

La réaction qui suivit l'irradiation était d'ordre subjectif et pouvait être divisée en deux phases.

Première phase : immédiate. Dans les 24 heures après l'irradiation le prurit devient plus intense et les efflorescences plus congestives ; ces symptômes constituent une sorte de réaction de Herxheimer. Deuxième phase : médiate. Le prurit disparaît 2-3 jours après l'irradiation et en même temps il se produit une régression de l'éruption, les papules s'affaissent lentement pour finir par disparaître en laissant des macules pigmentées. En revanche, le lichen plan de la muqueuse buccale fut absolument réfractaire au traitement. Gouin considère sa méthode de la radiothérapie superficielle comme plus indiquée et préférable à la méthode de Pautrier et Hufschmitt, étant donné qu'elle ne nécessite qu'une seule irradiation, rarement deux, qu'ensuite elle n'est pas suivie de troubles particuliers (maladie des rayons), qu'enfin la réaction n'est jamais aussi violente que dans les cas de Hufschmitt et Hudelo.

Les résultats obtenus par Gouin n'en suggèrent pas moins certaines réflexions. Et surtout, il est malaisé de se figurer comment les ganglions sympathiques, situés dans les couches profondes pourraient obtenir une quantité suffisante de rayons aussi mous (11-12 centimètres d'étincelle), à faible tension et par surcroît non filtrés, et dont la majeure partie fut très vraisemblablement absorbée par les couches du derme, de l'hypoderme et du tissu osseux.

Il est donc probable que l'irradiation produite de cette manière agisse d'une façon intense sur les terminaisons des nerfs sensibles et sympathiques, en déterminant une réaction réflexe à travers la moelle et les ganglions sympathiques.

Lévy-Franckel (9) traita plusieurs lichens plans aussi bien par la méthode de Pautrier que par celle de Gouin avec le même succès. Contrairement à Gouin, il signale l'influence favorable sur le lichen plan de la muqueuse buccale et génitale amenant une amélioration et parfois même une guérison complète. Par contre, Gougerot et Filliol (10) traitèrent un cas de liche nplan de la muqueuse buccale et de la langue, sans lésions cutanées, par l'irradiation du segment cervical et du segment dorsal supérieur de la colonne vertébrale sans aucun résultat. Bien plus, six

semaines après l'irradiation il survint des efflorescences typiques sur le scrotum et sur la région dorsale qui avait subi l'irradiation.

Dans la discussion qui suivit Cottenot et Sabouraud (11) signalent les bons résultats qu'ils ont généralement obtenus dans le traitement du lichen plan par l'irradiation de la moelle, tout en n'appliquant que de petites doses. Un seul échec pour un cas de lichen plan de la muqueuse. Les dernières publications, par exemple celle de Rœderer (12) au sujet d'un cas de lichen plan à disposition zoniforme et la notice de Pautrier (13) signalent cependant des échecs pour plusieurs cas de lichen plan traités par irradiation.

Dans la littérature polonaise on ne trouve guère de travaux dans ce domaine, excepté quelques brèves notices se rapportant aux cas particuliers traités par cette méthode. Ainsi Leszczynski au cours de la séance de la Société de dermatologie de Lwów le 6 novembre 1924 présenta un cas de lichen plan traité par la radiothérapie de la moelle avec guérison complète. Au cours de la séance de la même société le 4 décembre 1924 Lechowska présenta un cas de lichen plan traité par la méthode de Pautrier et suivi de l'apparition de bulles aux extrémités inférieures (*Polska Gazeta Lekarska*, 1925, n°s 34-38). Dans la séance de la Société de Dermatologie de Varsovie le 4 décembre 1924 Sterling a présenté un cas traité également par la méthode de Pautrier sans avoir obtenu de résultats encourageants au bout de quatre séances.

Pour avoir une vue d'ensemble il faut ajouter que, bien avant Zimmern, Cottenot et Dariaux (14) appliquèrent avec de bons résultats l'irradiation à petites doses des racines médullaires dans quelques cas de lichénification de la peau, en particulier dans les cas de prurit. D'après Cottenot (15) l'irradiation des racines médullaires est efficace dans les cas de prurit anal et vulvaire de même que dans ceux de lichen simple. Il constate un résultat bien remarquable de l'irradiation dans des cas de mycosis fongoïde se traduisant par la diminution du prurit. Enfin Kriser (16) traita les cas de prurit sénile généralisé, de lichénification, d'eczéma, et de psoriasis par la radiothérapie de la moelle à la hauteur du segment lombaire avec la dose de 2 H. à travers un filtre de zinc d'épaisseur de 0,3 millimètres et en constata de bons effets, notamment la disparition du

prurit et l'amélioration des lésions cutanées. En même temps Kriser confirme les observations des auteurs précités qui constatèrent également dans tous les cas de lichen plan traités par irradiation la disparition du prurit, suivi de la résorption des efflorescences cutanées.

En automne 1925 nous eûmes l'occasion d'observer 8 cas de lichen plan dont un seul avait été traité par des onguents et par la radiothérapie locale, d'ailleurs sans effets notables. Nous décidâmes de nous rendre compte sur notre clientèle du dispensaire de la valeur du nouveau mode de traitement par l'irradiation de la moelle ou des ganglions sympathiques en appliquant pour des raisons d'économie l'irradiation de la seule région interscapulaire et lombaire avec de petites doses et en la répétant à plusieurs reprises mensuellement. La technique de l'irradiation fut celle-ci :

Appareil de la maison Reininger, Gebbert et Schall avec inducteur, longueur de l'étincelle équivalente 28-30 centimètres, 2,5 M.A., distance entre l'anticathode et la peau 25-30 centimètres dose simple 3-6 H. des rayons filtrés à travers 3-4 millimètres d'aluminium. Dans certains cas, on irradia soit le segment supérieur, soit l'inférieur de la colonne vertébrale suivant la localisation du processus pathologique, l'ampoule étant placé perpendiculairement à la ligne des apophyses épineuses. Les cas traités de cette manière sont rapportés dans un bref résumé :

I. — K. . Fr., 54 ans, vint consulter au dispensaire de la Caisse d'Assurances contre maladies au début de septembre 1925. Diagnostic : lichen plan généralisé des téguments et de la muqueuse buccale, lichen corné des deux jambes. L'affection date du mois de juin 1925. Actuellement, éruption généralisée sur tout le tronc et sur les extrémités, excepté sur les extenseurs des bras et des avant-bras, éruption composée de nombreuses papules disséminées de dimensions variables de forme le plus souvent polygonale et de couleur rouge ou bleuâtre. Sur les jambes, surtout sur la jambe droite, à côté des papules, on remarque des foyers de différentes dimensions de couleur rouge bleuâtre, recouverts d'une couche épaisse de squames fortement adhérentes au substratum. Sur la muqueuse de la joue gauche présence de papules disséminées, de couleur blanc d'argent, disposées réticulairement. La réaction de Köbner est nettement positive.

Prurit très intense. Teneur en sucre du sang total à jeun : 1,12 0/00. L'application, tout au début pendant plusieurs jours, de la pommade au goudron et à l'ichtyol amena une légère amélioration consistant

en diminution du prurit par places, décoloration des papules. En raison du traitement à suivre par irradiation de la moelle et des ganglions sympathiques toute application de remèdes soit externes, soit internes fut abandonnée ce qui ne tarda pas à augmenter le prurit. L'examen du système végétatif par la méthode de Daniélopolu, effectué avant l'irradiation, accusa ; pouls dans la position couchée, en tout repos : 86, après la compression du globe oculaire : 82. Après l'injection intraveineuse de 1 mgr. 2 d'atropine, le pouls couché : 110, debout : 112, recouché : 107-110. La différence entre le pouls, avant et après la paralysie du nerf vague par l'atropine dans le décubitus : 24 (normale d'après Daniélopolu : 50).

La malade fut irradiée pour la première fois le 27 août 1925 dans la région interscapulaire et lombaire à la dose de 4 H. à travers 3 millimètres d'aluminium, l'ampoule se trouvant perpendiculairement à la ligne des apophyses épineuses. On constate une aggravation sensible après la première irradiation. Les papules qui avaient été dispersées en petits foyers ou bien disséminées individuellement, sont devenues confluentes en formant de larges foyers, surtout sur les fesses et se recouvrent d'une couche épaisse de squames sèches, grises. Prurit très intense.

18 septembre 1925. Reprise d'irradiation des mêmes régions et à la même dose. Après cette irradiation le prurit cessa complètement. L'éruption rétrocède.

14 octobre 1925. Nouvelle séance.

4 novembre 1925. Sur tout le corps à l'endroit des papules résorbées de lichen plan, apparition de taches pigmentées de couleur bleu-brunâtre, sans desquamation. La malade rapporte que chaque irradiation fut suivie de sueurs durant plusieurs nuits. Sur la muqueuse de la joue gauche, les papules s'effacèrent complètement.

11 novembre 1925. Nouvelle séance de radiothérapie de la région interscapulaire et lombaire ; même dose.

17 novembre 1925. Les taches pigmentaires pâlissent, prennent une coloration gris brunâtre. Sur les jambes à l'endroit des foyers cornés présence de taches de couleur brunâtre. Après la dernière irradiation la malade éprouva des nausées. L'examen morphologique du sang fit voir : hémoglobine : 85 o/o, globules rouges : 3.780.000, leucocytes : 5.600, dont neutrophiles : 54 o/o, éosinophiles : 1 o/o, lymphocytes grands et petits : 38 o/o, intermédiaires : 7 o/o.

19 janvier 1926. Après la résorption des efflorescences de lichen plan et corné, il resta des pigmentations de couleur gris jaunâtre. Sucre du sang total à jeun : 0,94 o/oo.

19 février 1926. Pouls au repos complet et dans la position couchée : 76, après injection intraveineuse de 1 milligramme d'atropine, pouls couché : 109, debout : 118, recouché : 108-109. Tonus du nerf vague : 33.

La malade fut présentée dans ces différents états aux séances de la Société de Dermatologie de Lodz au début de septembre et octobre 1925, aux séances de la Société de Médecine au début d'octobre 1925 et de janvier 1926.

II. — J... N., 58 ans, lichen plan du corps et lichen corné des jambes.

16 octobre 1925. Début de l'affection au printemps 1925. L'examen actuel montre une éruption étendue, composée de papules bien caractéristiques du lichen plan, papules disséminées sur la face antérieure du thorax, sur les plis sous-mammaires, sur l'abdomen, sur les cuisses. Sur les deux jambes, surtout sur la droite, plaques ovales ou irrégulières de couleur bleu rougeâtre, infiltrées, recouvertes d'une épaisse couche de squames fortement adhérentes au substratum. Varices sur les deux jambes. Un fort prurit.

21 septembre 1925. Irradiation de la région lombaire de la colonne vertébrale à dose 6 H. par 4 millimètres d'aluminium.

1er octobre 1925. Irradiation de la région interscapulaire à la même dose.

9 novembre 1925. Aggravation. Les régions interscapulaires et lombaires qui étaient indemnes se couvrent dans l'aire irradiée d'une éruption très dense de papules typiques de lichen plan. Dans la région interscapulaire, papules de couleur rouge cramoisi, de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un grain de mil, arrondies ou polygonales, localisées pour la plupart autour des orifices des follicules pilaires. Dans la région lombaire, ces papules, de date antérieure, sont beaucoup plus grandes, bleuâtres, confluentes dans la partie centrale de l'aire irradiée. Un prurit très fort Sucre dans le sang total à jeun : 1,2 o/oo. Cholestérine dans le sérum : 1,7 o/oo.

L'examen morphologique du sang fit voir : hémoglobine : 80 o/o, globules rouges : 4.800.000, leucocytes : 3.000, dont neutrophiles : 52 o/o, éosinophiles : 5,5 o/o, lymphocytes petits et grands : 40,5 o/o, intermédiaires : 2 o/o.

14 novembre 1925. L'examen du système végétatif par la méthode de Daniélopolu fit voir : pouls au repos complet, dans la position couchée : 87, après la pression sur le globe oculaire : 86, injection intraveineuse de 1 mgr. 1/4 d'atropine, pouls dans la position couchée : 113, debout : 129, recouchée : 115. La différence entre le pouls avant et après la paralysie du nerf vague : 26. tandis que normalement cette différence est de 50 (d'après Daniélopolu).

15 novembré 1925. Après injection intraveineuse de pilocarpine : 0 gr. 75, salive : 80 centimètres cubes, transpiration faible.

17 novembre 1925. Acide urique dans le sang 43 milligrammes o/o après une semaine de régime privé de viande et d'œufs ; cholestérine dans le sérum : 1 gr. 84 o/oo.

19 novembre 1925. On irradie la partie supérieure de la colonne vertébrale, dose 4 H. à travers 3 millimètres d'aluminium.

20 novembre 1925. Irradiation de la région lombaire, même dose.

3 décembre 1925. Prurit plus faible, mêmes lésions objectives.

21 décembre 1925. Amélioration considérable. Dans les régions interscapulaire et lombaire la majorité des papules se trouve résorbée en laissant des squames qui se laissent enlever sans peine par le grattage.

Après l'élimination des squames on voit de petites excavations occupant la place des papules disparues. De même, sur la partie antérieure du thorax, surtout dans les plis sous-mammaires amélioration très nette se traduisant par l'affaissement et la diminution des efflorescences papuleuses. Sur les parties latérales du tronc, sur l'abdomen, sur la fesse gauche et sur les jambes la majorité des papules se résorbent, en laissant des macules pigmentées. Sur la jambe droite également, amélioration sensible, la majeure partie des foyers cornés se trouve aplatie, l'infiltration diminuée, le prurit plus faible.

28 décembre 1925. Une dernière irradiation des régions interscapulaire et lombaire, 4 H. par 3 millimètres d'aluminium.

13 janvier 1926. Les papules sont presque totalement résorbées sur tout le tronc et sur les extrémités en laissant des taches brunâtres ; sur la jambe droite amélioration très nette.

15 février 1926. Sur le tronc l'éruption a complètement disparue. Sur les jambes taches brun foncé, séquelles des plaques cornées résorbées. Prurit nul.

La malade fut présentée dans les séances de la Société de Médecine de Lodz en novembre 1925 et de la Société de Dermatologie de Lodz en janvier 1926.

III. — J... St., 40 ans. Lichen plan de la verge et de la muqueuse buccale.

L'interrogatoire laisse conclure qu'en 1915 le malade souffrait de prurit généralisé du corps. L'affection actuelle date de 1920. Application sans effet de divers remèdes externes. En raison d'un prurit intense et intolérable l'affection avait fini par devenir assez inquiétante pour le malade.

13 août 1925. Sur la verge, dans le sillon et sur la face externe du gland papules typiques de lichen plan disposées en anneaux ou alignées. Sur la muqueuse buccale papules caractéristiques de couleur blanchâtre-argentée, disposées en réseau. Prurit intense.

31 août 1925. Irradiation du segment lombaire de la colonne vertébrale, 5 H. par 3 millimètres d'aluminium.

21 septembre 1925. Reprise d'irradiation de la même région, dose 6 H. par 4 millimètres d'aluminium.

20 octobre 1925. Nouvelle séance. Après cette séance, amélioration considérable. Prurit beaucoup moins intense. Sur la verge une partie des efflorescences papuleuses disparaît complètement sans laisser de traces, une partie s'aplatit et est moins accentuée. De même sur la muqueuse buccale amélioration notable se traduisant par une résorption des papules sauf au voisinage des molaires inférieures où l'on voit encore des petites taches de couleur blanchâtre-argentée.

11 novembre 1925. L'examen morphologique du sang révéla : hémoglobine : 85 o/o, globules rouges : 4.000.000, globules blancs : 6.900, dont neutrophiles : 64 o/o, éosinophiles : 3 o/o, basophiles : 2 o/o, lymphocytes petits et grands : 26 o/o, intermédiaires : 5 o/o.

16 novembre 1925. Sucre du sang total à jeun : 0,7 o/oo.

19 novembre 1926. Irradiation de la région lombaire 4 H. par 3 millimètres d'aluminium.

24 novembre 1925. Pouls : 85 en position couchée et au repos complet, après la pression sur le globe oculaire : 82. Après injection intraveineuse d'atropine : 1 mgr. 7, pouls en position couchée : 104, debout : 116, recouchée : 104. Tonus du nerf vague : 19 (normale : 52 d'après Daniélopolu).

1er décembre 1925. Cholestérine du sang total : 2,25 o/oo.

Les irradiations suivantes furent exécutées le 21 décembre 1925 et 26 janvier 1926 dans la région lombaire, dose 4 H. par 3 millimètres d'aluminium.

22 février 1926. Efflorescences de lichen plan résorbées ; il en reste un petit anneau aplati sur le segment moyen de la verge.

6 mars 1926. Acide urique dans le sang après une semaine de régime privé de viande et d'œufs : 3,33 o/oo, sucre du sang total à jeun : 0,7 o/o. L'examen du système végétatif par la méthode de Daniélopolu révèle le tonus du nerf vague : 20.

21 avril 1926. La derrière irradiation fut effectuée le 13 avril 1926 dans la région lombaire. Le prurit a complètement disparu. Aucune traces d'efflorescences de lichen plan sur la verge et sur le gland. Sur la muqueuse de la joue gauche de petites traces à peine visibles, couleur de porcelaine. Sur la muqueuse de la joue droite, pas de traces des papules résorbées.

Le malade fut présenté dans les séances de la Société de Médecine de Lodz en septembre 1925 et en avril 1926.

IV. — P... M., 42 ans. Lichen plan de la muqueuse buccale. L'affection date de 7 mois.

13 août 1925. Sur la muqueuse buccale des deux joues, au voisinage des molaires et sur le dos de la langue nombreuses petites papules de couleur blanchâtre-argentée réunies par de minces travées qui forment soit un réticule en mosaïque délié, soit des anneaux ou encore des plaques surtout sur la langue. A part cette localisation, le corps ne présente aucune éruption, en revanche nombreuses verrues, disséminées sur la figure et sur le tronc.

Sucre du sang total à jeun : 1 o/oo, cholestérine dans le sérum : 1,8 o/oo.

La malade fut irradiée pour la première fois le 29 août 1925 dans la région interscapulaire, dose 5 H. par filtre 4 millimètres d'aluminium.

26 septembre 1925. Reprise d'irradiation.

17 octobre 1925. Amélioration considérable. Papules et plaques disparurent sur le dos de la langue, surtout dans la partie moyenne. Sur les parties latérales du dos de la langue on voit encore des papules qui forment des anneaux ou un réseau.

Sur la muqueuse des joues pas de changement.

24 octobre 1925. Même irradiation, dose 6 H. par 4 millimètres d'aluminium.

13 novembre 1925. L'examen du système végétatif par la méthode de Daniélopolu : pouls en position couché et au repos complet : 109, après injection intraveineuse d'atropine : 1 mgr. 2, pouls en position couchée : 130, debout : 142, recouchée : 130. Différence entre le pouls d'avant et celui d'après l'injection en position couchée : 21 (normalement : 50).

14 novembre 1925. L'injection intraveineuse de pilocarpine 0 gr. 75 amène la sécrétion de 100 centimètres cubes de salive au bout de 40 minutes, sudation faible, pas d'autres inconvénients.

27 novembre 1926. Sucre du sang total à jeun : 0,87 0/00.

29 novembre 1925. Irradiation de la région interscapulaire, dose 4 H. par 3 millimètres d'aluminium.

3 janvier 1926. Sur la muqueuse de la joue gauche diminution considérable des travées et des anneaux de lichen plan avec un reliquat de macules rouges à l'endroit des papules résorbées.

Sur la muqueuse de la joue droite amélioration légère. Sur le côté droit du dos de la langue petites papules isolées disposées en réseau ; sur le côté latéral gauche il en reste un seul petit anneau.

26 février 1926. L'examen morphologique du sang : hémoglobine : 85 0/0, globules rouges : 5.000.000, globules blancs : 4.300, donc neutrophiles : 66 0/0, éosinophiles : 3 0/0, lymphocytes petits et grands : 23 0/0, intermédiaires : 8 0/0. La malade se plaint de maux de tête dans la région pariétale depuis la dernière irradiation.

27 février 1926. Sucre du sang total à jeun : 0,8 0/00, cholestérine : 200 milligrammes dans 100 centimètres cubes du sang.

4 mai 1926. Pas de changement.

La malade fut présentée dans les séances de la Société de Médecine et de la Société de Dermatologie de Lodz en octobre 1925 et en janvier 1926.

V. — W... C., 34 ans. Lichen plan.

L'affection date depuis le 4 mai 1925. Trois semaines avant, la malade fut prise d'une frayeur subite. Elle était très nerveuse au début de la maladie, éprouvait un prurit violent, des céphalées, et souffrait d'insomnies.

Au début l'éruption fut localisée sur l'avant-bras, dans la suite elle s'étendit aux aines et aux cuisses ; à la fin elle apparut au-dessus de l'omoplate gauche.

14 octobre 1925. Irradiation de la partie supérieure de la colonne vertébrale dans les régions interscapulaire et lombaire. Dose 3 H., filtre 3 millimètres d'aluminium.

18 décembre 1925. Prurit moins intense.

23 décembre 1925. L'éruption a l'aspect de larges placards étendus, infiltrés, recouverts de papules plates isolées, de forme polygonale, papules typiques de lichen plan ; ces placards sont disséminés sur la

surface interne de la partie supérieure des cuisses et des jambes, aussi bien que sur les aines. En outre, présence de foyers isolés de la grandeur d'une noisette jusqu'à celle d'une pomme siégeant sur la face interne de l'avant-bras droit et du bras gauche, sur le côté gauche du cou au-dessus de l'omoplate gauche et dans les plis des genoux.

11 janvier 1926. Irradiation des parties supérieure et inférieure de la colonne vertébrale. Même dose.

12 février 1926. Même irradiation.

24 février 1926. Sur la face interne de la partie supérieure des deux cuisses il reste deux foyers de la grandeur d'une noisette sans infiltration, foyers constitués exclusivement de petites papules acuminées grises ou rose grises, dures, à localisation essentiellement juxtafolliculaire ; sensation nette de rape en glissant la main. Sur les bras et sur les avant-bras les foyers de lichen plan s'effacèrent en laissant des macules brunâtres. Au-dessus de l'omoplate gauche et sur la face antérieure de la cuisse gauche et de la jambe droite il reste de menus foyers du lichen acuminé de la grandeur d'une noisette. On remarque encore aux creux poplités des plaques lichénifiées de papules isolées, affectant la forme de lichen acuminé sur la circonférence.

2 mars 1926. Sucre du sang total à jeun : 0,7 o/oo.

18 mars 1926. Irradiation des parties supérieure et inférieure de la colonne vertébrale, dose 4 H., filtre 3 millimètres d'aluminium.

29 mars 1926. Le foyer au-dessus de l'omoplate gauche s'effaça ; sur les faces internes des deux cuisses et des deux jambes les foyers de lichen acuminé s'applatirent, peu de cônes cornés ; aux creux poplités pas de changement.

La malade est, à tout prendre, satisfaite, le sommeil est bon, le prurit minime, les céphalées disparurent. Après les deux premières séances sensation de faiblesse et transpiration ; mais après les séances suivantes plus de malaise.

17 avril 1926 Reprise d'irradiation.

21 avril 1926. Sucre du sang : 0,74 o/oo, cholestérine du sérum : 1,48 o/oo.

27 avril 1926 L'amélioration continue. Aux creux poplités on observe des foyers lichénifiés de couleur rose, en partie résorbés recouverts de squames ; sur le pourtour de ces foyers on voit des cônes peu nombreux. Sur les cuisses les papules de lichen acuminé disparurent complètement, en laissant des macules pigmentées. Sur la face interne des cuisses des plaques isolées de lichen acuminé disparurent complètement, en laissant également des macules pigmentées. Sur la face antérieure des jambes les papules isolées de lichen acuminé sont en résolution ; peu de cônes cornés, surtout sur la jambe gauche. De même, les foyers de lichen plan et acuminé sur la face gauche du cou, sur l'avant-bras droit, le bras gauche et au-dessus de l'omoplate gauche disparurent complètement en laissant des macules de couleur allant du brunâtre au jaune clair. Pas de prurit, sauf aux creux poplités (Présentation dans la séance de la Société de Dermatologie de Lodz en février 1926).

VI. — H... A., 59 ans. Lichen plan et corné.

L'éruption date de février 1925. Les premières efflorescences apparurent dans les creux poplités, ensuite s'étendirent sur les deux cuisses et les jambes.

28 octobre 1925. Irradiation de la région lombaire, dose 6 H., filtre 4 millimètres d'aluminium.

29 octobre 1925. Même irradiation de la région interscapulaire.

18 et 21 novembre 1925. Reprise d'irradiation des mêmes régions, dose 4 H., filtre 3 millimètres d'aluminium.

Prurit moins intense, sur les jambes amélioration insignifiante.

10 avril 1926. La malade n'a plus été irradiée depuis le 21 novembre 1925. Etat actuel : sur les deux cuisses macules disséminées de couleur jaune clair de différente configuration et allant de la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un grain de pois, disséminées ou bien confluentes, quelques-unes recouvertes de squames. Sur la face antéro-interne des jambes des plaques couleur bleuâtre-rouge de forme ovale ou irrégulière, allant de la grosseur d'un grain de pois à celle d'une pièce de 10 centimes, inflitrées et recouvertes d'une couche, de squames épaisses et dures. Sur la face postéro-externe des deux jambes des macules disséminées de couleur bronzée qui s'exfolient légèrement par l'action de grattage, sont des traces des papules résorbées. Pas de prurit, sauf sur les jambes.

11 avril 1926. Irradiation de la région lombaire, 4 H. par 3 millimètres d'aluminium.

21 avril 1926. Sucre du sang 1,0 0/00, cholestérine du sérum 1,52 0/00.

26 avril 1926. Etat stationnaire. Pas de prurit sauf aux jambes.

VII — R. J..., 35 ans. Lichen plan de la muqueuse buccale et lichen corné des deux jambes.

L'affection date de 1918.

Les premières efflorescences apparurent, sur la face interne de la cuisse gauche et au périnée. Le malade fut traité par les onguents et par l'irradiation locale au Rœntgen, et de plus il ingéra de l'arsenic. Il y a 3 ans, apparition de macules sur la muqueuse de la lèvre inférieure, de couleur argentée-blanchâtre. En même temps des macules analogues apparurent sur la muqueuse des deux joues. L'année passé des plaques isolées de lichen corné étaient apparues sur les deux jambes.

Le malade fut irradié :

17 octobre 1925. Dans la région interscapulaire, 5 H. par 5 millimètres d'aluminium.

28 octobre 1925. Région lombaire, même dose.

11 novembre 1925. Reprise d'irradiation de la région interscapulaire, dose 3 H. par 4 millimètres aluminium.

25 novembre 1926. Irradiation de la région lombaire avec la même dose.

25 janvier 1926. Reprise d'irradiation de la même région.

25 février 1926. Reprise.

27 mars 1926. Reprise.

1er avril 1926. Etat actuel : sur la face externe et antérieure de la jambe gauche plaques de forme ovale, de la grandeur d'un gros pois, de couleur bleuâtre, recouvertes d'une couche épaisse de squames. Sur la muqueuse de la lèvre inférieure macules bleuâtre-rouge, au milieu desquelles on voit des petites papules blanchâtres. Sur la muqueuse de la joue gauche de petites macules isolées de couleur opaline, disposées en deux petits foyers. Sur la muqueuse de la joue droite des macules bleuâtre-rouge, débris des papules résorbées. Prurit : rien qu'aux jambes.

11 avril 1926. Irradiation de la région lombaire de la colonne vertébrale, 4 H. par 3 millimètres d'aluminium.

21 avril 1926. Glycémie : 0,92 0/00. Cholestérine dans le sérum 103 milligrammes 0/0. Aux jambes pas de changement.

L'examen du système végétatif par la méthode de Daniélopolu révèle le tonus de nerf vague : 25.

VIII. — P. A..., 50 ans. Lichen ruber verruqueux hypertrophique de la jambe gauche et lichen plan de la muqueuse buccale.

11 juillet 1925. L'affection date depuis octobre 1924.

Actuellement sur la jambe gauche, au voisinage de la malléole externe présence de formations tubéreuses et tuberculiformes allant de la grandeur d'un grain de pois à celle d'une prune, de forme arrondie ou irrégulière faisant saillie 1-3 millimètres, à surface inégale, parsemée d'excavations et recouverte d'une couche cornée fortement développée. Sur la face postérieure de la même jambe foyers de lichen corné de la grandeur d'un œuf de pigeon jusqu'à celle d'un pois. Sur la face antérieure de la même jambe, au-dessous de la rotule productions tubéreuses de forme arrondie ou bien irrégulière, faisant saillie 1-2 millimètres au-dessus de la surface cutanée. Prurit très intense.

Sur la muqueuse buccale papules typiques de lichen plan, formant des anneaux ou bien des demi-anneaux arqués.

Le malade fut irradié :

11 août 1925. Dans la région lombaire dose 4 H. par 3 millimètres d'alluminium

16 septembre 1925. Dans la région interscapulaire, même dose.

2 octobre 1925. Dans la région lombaire, 5 H. par 4 millimètres d'alluminium.

10 octobre 1925. Irradiation de la région interscapulaire, dose 5 H. par 3 millimètres d'alluminium.

4 novembre 1925. Le malade rapporte qu'après chaque irradiation il transpire fortement pendant 5-6 nuits. Sur la muqueuse buccale, ainsi que sur la jambe gauche pas de changement.

Les conclusions de nos observations, sont les suivantes : dans trois cas nous avons obtenu une guérison complète, dans trois

autres cas une amélioration, dans les deux cas de lichen plan corné et verruqueux des jambes l'irradiation de la région lombaire n'a donné aucun résultat appréciable. Dans le premier cas K..., Fr., avec éruption généralisée de lichen plan, après 4 irradiations des régions interscapulaire et lombaire toutes les efflorescences papuleuses, de même que les plaques de lichen corné disparurent en laissant subsister une pigmentation de couleur violacée-brunâtre ou gris jaunâtre. Sur la muqueuse de la joue gauche également les papules disparurent complètement. Chez la malade suivante J..., N., les papules de lichen plan sur le tronc et sur les cuisses, de même que les plaques cornées sur les jambes subirent une résorption complète au bout de trois séances, en ne laissant subsister des macules pigmentées que sur les jambes. Dans le cas n° III, il survint une amélioration considérable au bout de trois séances, tandis que la disparition complète de tous les phénomènes morbides localisés exclusivement sur la verge et la muqueuse buccale ne se produisit qu'au bout de 7 irradiations, dirigées sur la région lombaire de la colonne vertébrale.

Chose remarquable, toutes les efflorescences de lichen plan sur la muqueuse buccale subirent une quasi-résorption.

Dans le cas n° IV les phénomènes, localisés exclusivement sur la muqueuse buccale, disparurent principalement sur le dos de la langue et sur la joue gauche au bout de cinq irradiations des régions cervicale et dorsale supérieure de la colonne vertébrale, tandis que sur la muqueuse de la joue droite il n'y a eu qu'un mieux insignifiant.

De même chez la malade W..., C., il survint au bout de 3 séances une résorption de la majeure partie des foyers et des plaques de lichen plan et acuminé à l'exception des creux poplités et de la face antérieure des jambes, où il subsista des plaques isolées de lichen acuminé, d'ailleurs en pleine régression.

Dans ce cas il faut souligner sous l'influence de l'irradiation de la moelle la tendance à la lichénification de la peau et à l'apparition des modifications typiques du lichen acuminé.

Dans le cas n° VI, H... A., trois séances d'irradiation des régions interscapulaire et lombaire amenèrent la disparition des foyers de lichen plan et corné sur les deux cuisses, de même sur la face postéro-externe des jambes, cependant une partie des

efflorescences sur la face antéro-interne des jambes subsiste telle quelle.

Enfin dans l'avant-dernier cas les papules localisées sur la muqueuse de la joue droite disparurent complètement, tandis que sur la lèvre inférieure et la joue gauche il y eut une amélioration considérable.

Nous appuyant sur ces résultats, nous constatons que l'irradiation de la moelle et des ganglions sympathiques est efficace dans les cas d'éruption généralisée à évolution aiguë ou subaiguë; moins efficace dans les cas de lichen localisé exclusivement sur la partie inférieure du corps, sur la verge et reste tout à fait sans effet sur l'évolution du lichen plan corné et hypertrophique des jambes. On peut par là trouver une analogie avec les expériences de Thibierge et Ravaut qui observèrent que la ponction lombaire a une action plus énergique pour faire disparaître le prurit et les efflorescences du lichen plan dans des cas généralisés et à évolution aiguë, tandis que dans les cas torpides et dans ceux de lichen corné des jambes la ponction lombaire peut, en partie, diminuer le prurit, mais n'a aucune action sur les modifications cutanées.

L'influence de l'irradiation de la moelle et des ganglions sympathiques dans le sens de la rétrocession du prurit fut constatée par nous dans tous les cas, à l'exception des deux derniers, et comme règle générale, nous avons observé la disparition du prurit précédant la résorption des symptômes papuleux. Il est vrai qu'immédiatement après l'irradiation, le prurit subissait une aggravation passagère, mais au bout de quelques jours tout rentrait dans l'ordre.

Dans deux cas après la première irradiation en même temps que le prurit, tous les symptômes objectifs subirent une aggravation notable, ainsi chez le K... Fr., les papules isolées confluèrent-elles dans des foyers étendus, recouvertes d'une épaisse couche de squames grisâtres de manière que la première impression fut celle d'une érythrodermie secondaire généralisée desquamative. Dans le cas suivant, J. N.., il survint une éruption caractéristique de lichen plan, exclusivement localisée dans les régions interscapulaire et lombaire, jusque-là indemnes de tous symptômes morbides, et située exactement dans l'aire irradiée. Ces observations présentent une analogie complète avec celles qui furent décrites par Hufschmitt, Hudelo et Gougerot et font preuve d'une allergie excessive de la peau, puisque non seulement les facteurs

mécaniques, la réaction positive de Koebner dans le cas K... Fr., mais aussi les facteurs radioactifs purent contribuer à l'éruption de nouvelles efflorescences papuleuses. En outre, il est probable que l'excitation des centres sympathiques de la moelle doit jouer un certain rôle dans cette aggravation initiale de l'affection sous l'influence de l'irradiation, aggravation prouvée par une forte transpiration persistant plusieurs jours après l'irradiation (cas I, III, V, VIII). Il faut signaler également la bonne influence de l'irradiation sur l'évolution du lichen plan de la muqueuse buccale. Contrairement à quelques auteurs, Gouin, Gougerot et Filliol, Cottenot, qui n'avaient remarqué aucune influence de l'irradiation sur les lésions des muqueuses, nous avons constaté dans les cas I, III, IV, VII soit une guérison complète, soit une notable amélioration après l'irradiation de la région cervico-dorsale et dans le cas III après l'irradiation de la seule région lombaire. Etant donné que le lichen plan de la muqueuse buccale est extrêmement tenace et résiste quelquefois à toutes les méthodes thérapeutiques, les résultats que nous avons obtenu méritent une attention particulière.

En résumé, toute bienfaisante qu'elle soit en général, l'influence de l'irradiation de la moelle et des ganglions sympathiques sur l'évolution du lichen plan ne nous donna guère une amélioration extrêmement rapide sans parler d'une guérison d'emblée après la première séance, comme il en fut signalé par les auteurs précités. Inversement, nous fûmes obligés d'irradier plusieurs fois, à des intervalles mensuels pour arriver à des résultats satisfaisants. C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il ne faut point se laisser décourager trop vite et envisager cette méthode de traitement comme inefficace si la première séance n'est pas suivie rapidement d'une amélioration ou bien s'il survient, au contraire, une certaine aggravation.

Pour les mêmes raisons, les résultats négatifs rapportés par Watrin (17), Gougerot et Filliol, Rœderer, Pautrier, Spillmann (18) ne prouvent nullement le peu de valeur de cette nouvelle méthode de traitement du lichen plan. La technique de l'irradiation n'est pas encore définitivement fixée; de grands progrès sont encore à réaliser dans cette voie. Il reste à signaler que même après de multiples irradiations de la moelle nous n'avons pas observé en dehors de malaises passagers tels sueurs nocturnes, affaiblis-

sement, céphalées, nausées dans quelques cas particuliers, de complications sérieuses.

Pour apprécier l'effet de l'irradiation de la moelle sur l'évolution du lichen plan dans les cas que nous avons traités, il faut considérer que la dermatose datait depuis bien des mois avant que les malades nous eussent consultés. Il se peut que les effets de l'irradiation eussent été beaucoup plus frappants, si nous avions pu appliquer cette méthode thérapeutique au début de l'affection.

Nos expériences autorisent à soutenir qu'il faut approfondir les études dans cette voie pour deux ordres de raisons : pratiquement, l'expérience de toute une pléiade d'auteurs, aussi bien que la nôtre prouvant que les résultats, en règle générale, sont satisfaisants, et théoriquement : l'étiologie et la pathogénie du lichen ruber plan étant jusqu'ici inconnue c'est vraisemblablement dans cette voie qu'on saura arriver à élucider ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

1. Thibierge et Ravaut. — *Société de Dermatologie française*, 9 novemvembre 1905.
Ravaut. — Les effets de la position lombaire sur quelques phénomènes cutanés, *Presse Médicale*, 19 décembre 1905.
2. Pautrier. — *Réunion dermat. de Strasbourg*, séance du 9 mars 1924, p. 67.
3. Hufschmitt. — *Réunion dermat. de Strasbourg*, séance du 18 mai 1924, p. 72.
4. Hudelo, Laporte et Kourilsky. — *Soc. de dermat.*, 1925, n° 1, p. 6.
5. Pautrier. — *Réunion dermat. de Strasbourg*, séance du 20 juillet, p. 159.
6. Hufschmitt. — *Ibid.*, p. 161.
7. Montpellier et Zaraffa. — *Bull. de la Soc. de Dermat.*, 1925, n° 4, p. 186.
8. Gouin. — *Soc. de Dermat.*, 1925, n° 2, p. 50.
9. Lévy, Franckel. — *Soc. de Dermat.*, 1925, n° 1, p. 9.
10. Gougerot et Filliol. — *Soc. de Dermat.*, 1926, n° 3, p. 191.
11. Cottenot, Sabourand. — *Ibid.*, p. 192.
12. Roederer. — *Bull. de la Soc. de Dermat.*, 1926, n° 4, p. 232.
13. Pautrier. — *Ibid.*, p. 233.
14. Zimmern. — *Soc. de méd. de Paris*, 18 janv. 1922 ; *Presse méd.*, 1922, n° 8.
15. Cottenot. — *Journ. de méd. de Paris*, 1923, n° 39 ; *Dermat. Woch.*, 1925, n°s 49-50.
16. Kriser. — *Wiener Klin. Woch.*, 1925, n° 21, p. 569.
17. Watrin. — *Réunion dermat. de Nancy*, séance du 4 février 1925, p. 8.
18. Spillmann, Watrin et Créhange. — *Réunion derm. de Nancy*, séance du 26 mai 1926, p. 457.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1927.

Annales des Maladies vénériennes (*Paris*).

Dix années d'emploi de l'oxy-acétyl-amino phényl-arsinate organique (acétylarsan) dans le traitement de la syphilis, par Ch. Laurent. *Annales des maladies vénériennes*, t. XXII, n° 11, novembre 1927, pp. 801-806.

490 malades traités, sans accident grave, ni même sérieux. Injections sous-cutanées. Doses progressives 0 gr. 25 à 1 gr. 25 à la quatrième injection. Les incidents : un peu de congestion le soir de l'injection. Le lendemain quelquefois un peu de diarrhée. Quelquefois état nauséeux persistant 2 à 3 jours, avec parfois légère élévation thermique. Vomissements assez fréquents chez l'enfant, mais ne troublant pas le développement régulier de l'enfant. D'ordinaire L. a employé l'acétylarsan après un traitement par le 914 intraveineux et lorsque la sérologie était négative. Cependant on peut l'employer comme médication exclusive et il agit dans certains cas sur la séro-réaction, là où le 914 avait été inactif. Donc médication essentiellement pratique et active. C'est la médication de choix dans la syphilis du nouveau-né.

H. Rabeau.

De la spermoculture. Etat actuel de la question, par J. E. Marcel. *Annales des maladies vénériennes*, t. XXII, n° 11, novembre 1927, pp. 807 à 815.

Deux thèses : 1° Noguès et Durupt (*Journal d'Urologie*, mars 1923) trouvent sur 100 malades ayant eu la blennorragie et considérés comme guéris 63 porteurs de germes. Heureusement le gonocoque latent ne serait pas forcément virulent et contagieux.

2° Barbeillon qui jadis trouvait 50 à 60 o/o de spermocultures positives, a repris l'étude du gonocoque sur des milieux de cultures différents et avoue que ce qu'il cultivait est un pseudo-gonocoque. Avec sa nouvelle technique c'est seulement 4 o/o de spermocultures positives.

La clinique se rebelle un peu contre ce gonocoque latent, à l'idée que 37 o/o seulement de blennorragiens correctement traités et en apparence guéris, le sont en réalité.

Que conclure ? Dans une blennorragie aiguë strictement antérieure, la spermoculture est inutile.

En présence de myalgies, d'arthralgies suspectes, elle est indispensable et utile si correctement pratiquée.

A la fin d'une blennorragie aiguë, elle est très utile mais non indispensable. Très utile parce que dans de très rares cas elle montre du gonocoque là où l'examen direct ne le décèle pas, très utile parce que même si elle ne montre pas de gonocoque elle peut déceler du pus, ce qui constitue un avertissement dont on doit tenir compte.

Dans tous les cas elle doit être faite au bon moment, lorsque tous

les autres examens ont déjà été pratiqués, elle doit être faite par un laboratoire sûr, être complétée par l'examen direct de sperme frais.

H. RABEAU.

La bartholinite isolée des vieilles, par BELGODÈRE. *Annales des maladies vénériennes,* t. XXII, n° 11, novembre 1927, pp. 816 à 819.

B. montre l'aspect particulier de la bartholinite chez une malade âgée, aspect torpide, évolution subaiguë très différente de ce qu'on a l'habitude d'observer.

H. RABEAU.

Sur un cas d'hérédo-syphilis tardive, par P. MEURISSE. *Annales des maladies vénériennes,* t. XXII, n° 11, novembre 1927, pp. 820-822.

Jeune femme de 23 ans traitée depuis 18 mois pour rhumatismes. Arthrite genou et hanche droites, atrophie musculaire marquée, douleurs survenant par crises entraînant une impotence fonctionnelle. Amaigrissement de 14 kilogrammes. M. apprend que le père de la malade a été traité pour une syphilis ancienne. Un examen sérologique est fortement positif. Un traitement par le cyanure puis le sulfarsénol intraveineux amène la régression des lésions, la négativation du B.-W. et la guérison en 6 mois. Elle se maintient depuis 3 ans.

H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie (Paris).

L'érythrodermie œdémateuse arsénobenzolique, par MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 3e année, n° 11, novembre 1927, pp. 507-521, 8 figures.

C'est l'observation d'un cas survenu après la 6e injection de 914 chez une jeune femme : 10 jours de suintement et d'œdème, 30 jours d'exfoliation lamelleuse suivie d'hyperkératose avec pigmentation générale qui persista 5 mois, respectant le siège de syphilides antérieures dont l'emplacement resta achromique. Prurit léger, chute complète des cheveux, oligurie sans albuminurie, rétention chlorurée avec état fébrile concomitant, abolition des réflexes achilléens furent notés dans ce cas, illustré de courbes et photographies nombreuses.

A. BOCAGE.

Données récentes sur le diagnostic et le traitement des arthrites gonococciques, par H. JAUSION, A. PECKER et MEERSSEMAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 3e année, n° 11, novembre 1927, pp. 522-531.

Comme notions nouvelles personnelles aux auteurs signalons leur statistique 85 o/o de concordances dans 23 cas entre la clinique et les résultats de la gonoréaction de Rubinstein et Gauran. Ils traitent les arthrites blennorragiques par des mélanges chimiques par voie veineuse, tantôt un mélange gonacrine, bleu de méthylène, cacodylate, adrénaline, tantôt un mélange salicylate, hyposulfite, iodure de sodium, chlorure de calcium. Ils ont obtenu 22 guérisons sur 23 cas. Ils n'ont pas eu d'aussi bons résultats avec le sérum de Blaizot, et n'ont trouvé aucune spécificité d'action aux vaccins.

A. BOCAGE.

Procédé d'opacification de Meinicke, par M. Rubinstein. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 3e année, n° 11, nov. 1927, pp. 532-544.

Exposé très détaillé de la technique et des résultats de cette méthode de sérodiagnostic de la syphilis.

L'auteur ne l'a jamais rencontrée positive dans un cas de syphilis en pleine infection, alors que les méthodes habituelles étaient négatives. Par contre dans quelques cas un résultat inverse a pu être observé. Les différences sont surtout marquées pour les malades déjà traitées ou à B.-W. faiblement positif. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Urticaire géante observée chez un morphinomane à chaque tentative de sevrage ; étude biologique et thérapeutique du phénomène, par E. Joltrain, D. Morel et J. Levy. *Presse Médicale,* n° 90, 9 novembre 1927, pp. 1361-1363.

Observation complexe d'un malade qui, tabétique, fait à la suite d'une injection arsénobenzolique une crise d'urticaire. Les douleurs tabétiques amènent à employer la morphine à laquelle le malade s'accoutume. On essaie de le désintoxiquer. On diminue la drogue, mais dès qu'il est en « état de besoin » l'urticaire apparaît, de suite calmée par l'injection de morphine. A la suite d'une étude approfondie du malade on arrive à calmer les crises par l'emploi de médicaments antagonistes, dont l'action montre le déséquilibre total du système neuro-végétatif. Mais le malade équilibré et en apparence guéri est encore exposé aux rechutes. H. Rabeau.

Traitement de la poradénite inguinale subaiguë par les injections d'émétique ; résultats obtenus dans 85 cas, par F. Destenapo et R. V. Vaccarezo. *Presse Médicale,* n° 91, 12 novembre 1927, pp. 1378-1379.

Pour ces auteurs le traitement d'élection de la poradénite inguinale consiste dans l'emploi des injections intraveineuses d'émétique. Solution d'émétique à 1 o/o en sérum physiologique, injection intraveineuse lente de 5 centimètres cubes, allant jusqu'à 10 centimètres cubes, 2 injections par semaine, 8 à 10 injections au total. Les phénomènes d'intolérance sont exceptionnels. La seule contre-indication est la présence de lésions rénales. S'il y a abcès en formation ne pas les inciser, à la rigueur les ponctionner, d'ordinaire ils se résorbent sous l'influence du traitement. Outre l'action locale, sédation rapide des phénomènes généraux ; pas de rechutes. H. Rabeau.

Le mécanisme de la glycorachie (Contribution à l'étude de la perméabilité méningée, par Riser et P. Mériel. *Presse Médicale,* n° 96, 30 novembre 1927, pp. 1457 à 1459.

Nous ne pouvons résumer les expériences de ces auteurs. Voici leurs conclusions : chez l'homme comme chez le chien, dans des conditions rigoureuses d'observation ou d'expérience, on peut affirmer

que le passage du glucose sanguin dans le liquide céphalo-rachidien a lieu à tous les niveaux du névraxe, grâce à des phénomènes de perméablité vasculaire. Les mêmes lois président aux échanges glucosés entre le liquide et le plasma des vaisseaux capillaires méningo-méningés ou flexuels. C'est l'endothélium des vaisseaux capillaires qui constitue la membrane sélective plus ou moins perméable.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Sur une variété très spéciale d'asthénie : l'asthénie syphilitique, par Ch. Foix et Chavany. *Bulletin Médical,* 41e année, no 48, 26 novembre 1927, pp. 1309-1311.

Ce travail est basé sur 6 observations, malades de clientèle de ville. — Ces malades présentent une asthénie spéciale d'ordre physique et psychique, sans céphalée, tête lourde vide, mais non douloureuse, sommeil bon. Cette tendance asthénique atteint son maximum dans la sphère génitale; de plus on note une tendance à l'obésité. Les épreuves de laboratoire : B.-W. du sang fortement positifs; liquide céphalo-rachidien, lymphocytose, albuminose, B.-W. positifs, réaction du benjoin colloïdal du type syphilitique plutôt que paralytique. Les réactions sérologiques seront très longues à faire régresser, rarement on les négativera.

Cette asthénie survient généralement vers la dixième année de la syphilis et peut se produire chez des sujets régulièrement et normalement traités. Il s'agit d'une affection de longue durée qui n'évolue jamais vers la paralysie générale. Pourtant le diagnostic avec la P. G. est souvent difficile, on pense à la possibilité d'un début de paralysie générale ; dans la P. G. on est frappé par l'affaiblissement psychique vrai atteignant globalement les diverses facultés mentales. On peut penser encore à une atteinte de syphilis cérébrale.

Le traitement devra être patient et persévérant. Les cures arsenicales même répétées et à fortes doses semblent sans effet sur l'évolution de cette asthénie. Il faut des cures répétées de Bi et Hg. Elles arrivent lentement à atténuer les signes cliniques et sérologiques.

H. Rabeau.

Les amyotrophies spinales d'origine syphilitique, par J. Christophe. *Bulletin médical,* 41e année, no 48, 26 novembre 1927, p. 1313 à 1316.

Le domaine de ces atrophies musculaires s'est considérablement étendu ces dernières années. On a pu retrouver la syphilis à l'origine de formes cliniques variées, de formes localisées différant beaucoup de l'atrophie musculaire progressive des classiques. Aucun des éléments du syndrome amyotrophique lui-même n'a de valeur pathognomonique en faveur de l'origine syphilitique des accidents.

Ce sont des syndromes associés aux atrophies musculaires qui créent la particularité clinique : coexistence de signes de syphilis, coexistence de symptômes traduisant la participation des cordons blancs de la moelle aux lésions des cornes antérieures, réactions biolo-

giques du L. C.-R. Or ce diagnostic étiologique est de grosse importance puisque de lui dépend la précocité du traitement et ainsi le résultat. H. RABEAU.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Rhumatisme chronique et syphilis, par M. BRELET. *Gazette des hôpitaux*, 100e année, no hors série nov. 1927.

Courte revue générale, qui se termine par la statistique d'un des élèves de l'auteur, relevant un seul cas de réaction de B.-W. positive sur 20 vieillards atteints de rhumatisme chronique déformant ; aucun d'eux ne présentait de stigmate de syphilis. A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

A propos des injections intraveineuses, par FRAISSE (Nice). *Journal de médecine de Paris*, 47e année, no 47, 24 novembre 1927, p. 933.

Il arrive que par suite de veines difficiles on pousse un peu de novarsénobenzol en dehors de la veine. Dans ce cas sans retirer l'aiguille, on injectera un peu de sérum physiologique de façon à former une boule d'œdème que l'on malaxera, on diluera ainsi le médicament. On aspirera alors cette boule d'œdème, et avec elle une partie considérable de la substance toxique. Ainsi l'incident sera réduit au minimum. H. RABEAU.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Typhus exanthématique bénin, par MM. PLAZY, MARÇON et CARBONI. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 91e année, 3e série, t. XCVIII, no 37, 15 nov. 1927.

Les auteurs résument 16 observations de cette maladie bénigne caractérisée par de la fièvre, de la courbature, de la constipation, un peu de tuméfaction de la rate, une bronchite légère parfois et un exanthème morbilliforme ou en taches rosées lenticulaires, parfois purpurique, persistant trois à huit jours. A. BOCAGE.

Bulletin de la Société de Médecine de Paris.

Traitement de la blennorrhagie chronique de l'homme par dilatation gazeuse, par BIZARD et MAISLER. *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, no 15, novembre 1927, pp. 464-468.

On connaît les difficultés de traitement de l'urétrite chronique caractérisée par des lésions lacunaires et folliculaires. Il faut que le traitement soit antiseptique et dilatateur. Un gaz leur paraît être le meilleur dilatateur en même temps qu'il peut être vecteur de l'antiseptique. L'association d'un oxydant (néol) avec un antiseptique spécifique (protéinate d'argent) réalise ce double but. Le protéinate d'argent se combinant au néol provoque un dégagement de gaz qui dilate le canal et fait pénétrer l'antiseptique.

Les auteurs donnent la technique de leur méthode, facile, inoffensive et les résultats excellents de son application sur 200 malades.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Purpura rhumatoïde. Présence de bacilles acido-résistants présentant les caractères de l'ultra-virus tuberculeux, par G. Paisseau et S. Vialard. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 43e année, no 31, 10 novembre 1927, pp. 1461-1464.

Observation d'un cas de purpura survenant à titre de complication d'un processus pulmonaire du type de la broncho-pneumonie avec abcès miliaires. Taches purpuriques assez discrètes, arthropathies et quelques éléments éruptifs ressortissant à l'érythème noueux. Des cobayes ont été inoculés : 1° avec le liquide articulaire, le 18 février 1927. Mort août 1927, sans lésion apparente, mais bacilles acido-résistants en amas dans les ganglions trachéo-bronchiques ; 2° avec le sang, résultat négatif ; 3° trois cobayes inoculés avec le produit de broyage d'un genre de broncho-pneumonie. 2 meurent avec bacilles dans le ganglion inguinal, le troisième meurt sans lésions.

Les auteurs se demandent comment il convient d'interpréter la présence de ces formes acido-résistantes au cours d'un état pathologique de cause indéterminée terminé par la mort. Leur constatation pose la question du rôle pathogène de l'ultra-virus tuberculeux. H. Rabeau.

Indications de la cryothérapie sur les muqueuses de la bouche et de la langue, par L. Lortat-Jacob. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 43e année, no 31, 10 novembre 1927, pp. 1485-1490.

La cryothérapie est capable de fournir de très heureux résultats dans de nombreux cas d'affections de ces muqueuses. Les leucoplasies, les lichens des muqueuses des joues et des lèvres, les plaques opalines commissurales, les états leucoplasiques des gencives des édentés bénéficieront largement de cette méthode. De même pour les ulcères leucoplasiques des lèvres. L'épaisse leucoplasie syphilitique ne devra plus être confiée au chirurgien avant d'avoir épuisé les ressources d'une cryothérapie bien conduite. Dans la plupart des cas la guérison totale sera obtenue.

D'autres lésions encore sont justiciables de la cryothérapie : les papillomes de la face dorsale de la langue, les angiomes, les verrues de la langue et des lèvres, les aphtes, les glossodynies. Dans tous ces cas elle est la méthode de choix du fait de sa facilité d'application, de son innocuité constante et de son efficacité.

A propos de cette communication M. Labbé fait remarquer que l'on admet en général que la leucoplasie buccale syphilitique ne cède pas au traitement spécifique. Il a observé chez un de ses malades la disparition d'une leucoplasie syphilitique à la suite du traitement.

Pour M. Milian toutes les leucoplasies sont syphilitiques (excepté le petit triangle de la commissure labiale dû au tabac). Le traitement anti-syphilitique prolongé des années est capable de faire rétrocéder considérablement, même de guérir des plaques leucoplasiques très scléreuses. S'il reste des plaques irréductibles alors user de la cryothérapie très préférable au traitement chirurgical.

Flandin croit aussi à l'efficacité du traitement spécifique sur la leucoplasie syphilitique, qui doit toujours être institué. H. RABEAU.

Myosclérose rétractile hérédo-syphilitique, par P. CARNOT, M. BARIETY, E. BOLTANSKI et Jean WEIL. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 43e année, n° 32, 17 novembre 1927, pp. 1501-1508.

Observation d'une malade de 27 ans que des troubles de la marche et de la station ayant débuté deux ans auparavant amènent à l'hôpital. Elle présente : 1° une myosite sclérosante rétractile surtout marquée aux membres inférieurs, mais existant aussi aux membres supérieurs ; 2° une artérite des membres inférieurs ; 3° une déformation spéciale des pieds ; 4° des malformations hérédo-syphilitiques multiples du squelette et de la face.

L'aspect des pieds pouvait faire penser tout d'abord à une maladie de Friedrich ; l'examen neurologique infirme cette hypothèse, ainsi que celle de rétraction polynévritique. Une radiographie élimine l'idée d'un spina-bifida occulte. Ce cas se rapproche des myosites sclérosantes étudiées par Lhermitte ; l'âge de la malade établit cependant une distinction importante. Les multiples stigmates d'hérédo-syphilis, malgré un B.-W. négatif permettent de considérer cette étiologie comme des plus vraisemblables. Mais quel est son mode d'action ?

H. RABEAU.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Les signes aortiques de l'hérédosyphilis chez l'enfant, par MARTAGAO GESTEIRA (J.). *Archives de médecine des Enfants*, t. XXX, n° 11, nov. 1927, pp. 633-649, 19 fig.

On sait que chez l'enfant le 2e bruit est normalement plus accentué au foyer pulmonaire. Le professeur de la clinique infantile de Bahia (Brésil) estime que l'accentuation du 2e bruit au foyer aortique, chez l'enfant, est un signe d'hérédosyphilis. L'élargissement de l'aorte à la radioscopie le confirme. L'auteur s'appuie sur des recherches de savants sud-américains et rapporte en détails neuf observations personnelles. A. BOCAGE.

Varicelle et pemphigus, par P. LEREBOULLET et M. DAVID. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXX, n° 11, nov. 1927, pp. 665-670.

Au cours d'une double épidémie hospitalière les auteurs ont observé un cas de varicelle et pemphigus simultanés.

Discutant la nature des manifestations en cause, ils se rallient entièrement à l'opinion de Brocq qui soutient que l'épidémie de varicelle pemphigoïde observée par Lasègue et Trousseau en 1850 n'était que du pemphigus épidémique. A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Lyon.

Superinfection et réinfection dans la syphilis, par Carle. *Journal de Médecine de Lyon*, 8e année, no 188, 5 nov. 1927.

De récents travaux russes et japonais ont conclu que les cas publiés sous le nom de réinfections n'étaient autre chose que des superinfections. Pour Carle il ne semble pas que ces conceptions puissent être admises. Le diagnostic de réinfection s'appuie sur des conditions cliniques et sérologiques qui lui sont bien particulières. De plus il implique des conséquences prophylactiques et thérapeutiques qui obligent à éviter cette confusion. Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

De l'hyperglycorachie dans le zona, par J. Chalier et Mlle Gaumond. *Lyon Médical*, t. CXL, 13 novembre 1927.

Cas de zona intercostal où l'étude complète du liquide céphalo-rachidien a révélé l'existence d'une augmentation très importante de sucre. Cette augmentation appartenait exclusivement au liquide céphalo-rachidien ; il n'y avait ni glycosurie, ni hyperglycémie.

Cette observation autorise certaines hypothèses que des recherches ultérieures établiront valables ou non. En particulier n'y a-t-il pas un rapprochement à faire entre les formes prolongées ou chroniques du zona et les formes périphériques de l'encéphalite épidémique ?

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Sur la lèpre tuberculoïde (Ueber tuberculoide Lepra), par V. Klingmuller. *Archiv für Dermat. u. Syphilis* Bd. CLIII, Heft 3, 1927, p. 584, 10 figures.

On peut supposer deux modes de formation de tissu tuberculoïde dans la lèpre :

1o Il peut s'agir d'une formation de tissu tuberculeux vrai, avis appuyé par les cultures de bacilles de Koch cultivés des lépromes (H. P. Lic).

2o Les lésions tuberculoïdes peuvent présenter une forme spéciale de réaction de l'organisme vis-à-vis du bacille de Hansen.

D'après K. la lèpre tuberculoïde ne doit pas être considérée comme un type à part à côté de la lèpre nerveuse ou tubéreuse, elle ne présente qu'une phase au début de la maladie.

Les lésions anatomo-pathologiques ont leur siège de prédilection dans le tissu conjonctif de la peau et des nerfs ; elles se trouvent à la limite du derme et de l'hypoderme au pourtour de petits vaisseaux, dans le voisinage des glandes, muscles et nerfs. Les derniers sont dès le début de la maladie fortement lésés, ainsi que les capillaires du corps papillaire. Ce tableau histologique permet de croire que le passage des bacilles, qui circulent dans le sang, se fait dans la couche

papillaire et le derme proprement dit par les petites artères et les capillaires.

Dans 2 cas de lèpre tuberculoïde K. a pu provoquer des réactions de foyer par des injections intraveineuses de platine-Na, réactions analogues à celles de la tuberculine dans la tuberculose, de l'As, Hg, Bi dans la syphilis. Ces injections de platine-Na agissent favorablement sur la lèpre.

L'auteur recommande en outre des injections de térébenthine (1/4-1 cm^3) ou des injections intramusculaires ou sous-cutanées (1/2-5 cm^3) d'olobintine. Ce dernier produit lui a donné dans quelques cas de lèpre de bons résultats (mais aussi dans la tuberculose cutanée et ganglionnaire).

Il est probable que la lèpre peut être guérie dans son stade initial par une excision profonde et large des foyers lépreux, elle peut même guérir spontanément, surtout chez l'enfant, cas observés et confirmés par plusieurs auteurs.

N'ayant pas trouvé de bacilles dans la lèpre tuberculoïde par les procédés habituels, l'auteur recommande la coloration de Zichl-Neelsen d'après la technique suivante :

Colorer par le Ziehl 2 h. à 18° ; décolorer avec l'acide sulfurique à 5 o/o jusqu'à la teinte gris-rose ; laver rapidement à l'eau courante, décolorer avec l'alcool à 96°, Xylol, Baume. Les granulations de Much se colorent aussi très bien par cette méthode. Comme fixateur il recommande le sublamine (sulfate de mercure-éthylendiamine).

Olga Eliascheff.

Contributions à l'étude de l'épidermolyse bulleuse héréditaire (Beitræge zur Kenntnis der Epidermolysis bullosa hereditaria), par Heymann, *Archiv für Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 624.

H. apporte les observations de 3 malades atteints d'épidermolyse bulleuse héréditaire simple. Il exista dans les familles de ces sujets la même maladie avec une localisation aux mains et aux pieds en partie même exclusivement à la plante des pieds. Dans deux de ces cas il s'agissait d'une hérédité dominante dans le troisième peut-être d'une hérédité récessive. Deux malades présentèrent une hyperidrose palmaire et plantaire.

L'auteur a réussit à provoquer chez un malade par une irritation mécanique des bulles sur la peau guérie des lésions et sur la peau normale, mais exclusivement aux mains et aux pieds (chez un sujet de contrôle la provocation de bulles a été beaucoup plus difficile).

A côté de ces cas H. apporte l'observation d'une famille atteinte d'épidermolyse bulleuse dystrophique. Deux enfants sur six et la mère étaient atteints de cette maladie et d'une hyperhidrose palmaire et plantaire. Un des enfants était un schizophrénique, l'autre présenta une dermatose non diagnostiquée sous forme d'une hyperkératose folliculaire. Ici aussi grande facilité de provoquer des bulles, mais exclusivement aux endroits préalablement atteints, tandis que dans un second cas on a pu produire des bulles même sur la peau saine.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étiologie du granulome annulaire (Zur Ætiologie des Granuloma annulare), par O. Dittrich. *Archiv für Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 599, 3 figures.

La forme, l'extension, les récidives et la guérison spontanée assez fréquente du granulome annulaire parlent en faveur d'une origine infectieuse de cette maladie.

L'histologie aussi semble indiquer cette étiologie et notamment une infection hématogène. Il existe cliniquement et histologiquement une relation étroite avec la tuberculose. L'auteur a trouvé dans 2 cas des bacilles acido-résistants dans les coupes colorées par la méthode de Ziehl-Neelson (modification de Klingmuller dans la lèpre tuberculoïde).

Les bacilles se trouvèrent dans le derme normal ainsi que dans les foyers de nécrose assez éloignés des vaisseaux, mais ces foyers avaient au centre une terminaison vasculaire, et dans les parois vasculaires.

Olga Eliascheff.

Sur la syphilis acquise de l'intestin (Ueber die erworhene Syphilis des Darmes), par Kiyomasaru Nishikwa. *Archiv für Dermat. u. Syphilis*. Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 539, 16 figures.

Les lésions syphilitiques de l'intestin dans la syphilis acquise des adultes sont extrêmement rares. L'auteur décrit 6 cas tout à fait typiques. Il trouva les lésions 2 fois dans le jéjunum, 4 fois dans l'iléum, dans 2 de ses cas il exista aussi des lésions dans le côlon.

On trouve habituellement des foyers multiples, assez éloignés les uns des autres, mais il peut exister un seul foyer, facile à confondre macroscopiquement avec un néoplasme.

Les lésions se présentent sous forme d'infiltrats durs, annulaires, en plaques, pas ou très superficiellement ulcérées et nettement limitées, c'est le signe le plus caractéristique.

On distingue macroscopiquement 3 stades :

1° Stade d'infiltration granuleuse ; 2° stade d'induration et d'ulcération ; 3° stade de cicatrisation avec tendance à la sténose.

L'auteur attire l'attention sur la formation de tissu graisseux sur la séreuse au pourtour des foyers syphilitiques, phénomène pas encore décrit.

Histologiquement on trouve une infiltration dense, composée de cellules rondes, plasmocytes, histiocytes épithélioïdes, rarement des cellules géantes. En outre une néoformation vasculaire et une endophlébite et endoartérite *obliterans*.

Absence de tréponèmes dans ces lésions, comme d'ailleurs dans les autres lésions de la syphilis tertiaire.

Olga Eliascheff.

Le traitement de la chute de cheveux par l'ionisation (Die iontophoretische Behandlung des Ausfalles des Kopfhaares), par Josef Sellei et Johann Tenyœ. *Archiv für Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 603.

Les auteurs appliquent le traitement par l'ionisation dans la

séborrhée du cuir chevelu et dans la pelade. Ils utilisent soit une solution alcoolique d'ammoniaque de 5 à 15 o/o, soit une solution de bichlorure de quinine de 1 à 10 o/o. Le procédé est le suivant : l'électrode indifférente est posée sur le bras, l'électrode active est soit une plaque en plomb d'un demi-millimètre d'épaisseur et d'une grandeur de 15-20 × 8-10 centimètres, soit 6-8 fils de cuivre de 3 millimètres de diamètre réunis sous forme d'un éventail ou d'un peigne. Après une friction du cuir chevelu avec une des solutions, l'électrode active posée sur un linge imbibée de la même solution est appliquée sur l'entroit à traiter. Pour la solution ammoniacale on emploie l'électrode négative, pour la solution de quinine l'électrode positive (l'électrode ne doit pas dépasser le linge mouillé, brûlures graves !). On utilise un courant de 2 à 5 M. A. et on le fait agir pendant 10-15 minutes. Les applications se font trois fois par semaine.

Les auteurs ont obtenu dans la pelade des résultats supérieurs à tous les autres traitements y compris la lampe de quartz. Dans la seborrhée ce traitement est moins actif ; ils ont obtenu l'arrêt de la chute de cheveux et une repousse dans 28 cas sur 50 dans la séborrhée peu prononcée. OLGA ELIASCHEFF.

Réaction de la peau allergique et non allergique sous l'influence des agents inflammatoires chimio-physiques (Ueber das Verhalten der allergischen und nichtallergischen Haut auf enzundliche chemisch-physikalische Einwirkungen), par E. RAJKA et K. POGANY. *Archiv für Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 615.

Après avoir établi les réactions de la peau chez des sujets normaux, les auteurs ont examiné la réaction de sujets (32) allergiques et non allergiques dont la peau a été soumise à l'action des rayons X, de la lampe de quartz, de la morphine, de l'adrénaline, de l'huile de moutarde et d'agents mécaniques, thermiques et du courant galvanique. Il résulte de ces expériences qu'il n'existe pas de parallélisme entre ces différents agents, c'est-à-dire que le malade hypersensible aux rayons X ou ultra-violets ne doit pas l'être vis-à-vis une irritation par un agent thermique ou chimique. Il existe fréquemment une réaction plus forte à l'action d'un de ces agents seulement (monovalence), mais le plus souvent à l'action de plusieurs agents (polyvalence).

La différence entre les sujets allergiques et non allergiques n'est pas grande car 30 sur 32 personnes examinées présentèrent une réaction anormale à l'action d'un de ces agents, seulement les allergiques réagissent plus facilement à l'action de plusieurs agents nocifs, la base de leur sensibilité devient plus large.

Les auteurs concluent qu'il n'existe presque pas d'individu dont la peau ne réagit pas anormalement sous l'influence d'une irritation externe. Tous les individus sont allergiques, mais cette allergie ne se manifeste pas chez la plupart des sujets, parce que ils n'ont pas l'occasion de s'exposer à l'action de l'agent nocif qui est spécifique pour leur peau. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les dermatogrammes et leur utilisation (Ueber Dermatogramme

und ihre Verwertung), par S. Bettmann *Archiv für Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 637, 34 figures

L'auteur dénomme dermatogrammes les empreintes de la peau prises sur les différentes régions du corps d'après le procédé classique de la dactylographie policière. Pour obtenir les dermatogrammes, B. se sert, à la place de papier, d'une plaque de verre ou d'un film photographique et il obtient des plaques qui permettent de reconnaître les détails du dessin de la peau. Cette méthode est utilisée avec succès par l'auteur dans les réactions cutanées inflammatoires accompagnées d'un œdème (réactions de Pirquet, de Ponndorf) dans le dermographisme. le tatouage et dans toutes les lésions lichénoïdes de la peau. La méthode sert aussi à établir les différences régionales typiques de la peau normale de chaque individu, les différences d'âge : le développement et la régression de la peau.

La direction et le groupement des capillaires terminales de la peau se prêtent aussi à l'étude par cette méthode associée au cappilairoscope.

Olga Eliascheff.

Les modifications sur l'orifice interne de l'urètre dans la blennoragie chez la femme (Die Veranderungen am orificium internum urethræ bei Gonorrhoë der Frau), par Richard Fruhwald. *Archiv für Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 649, 7 figures.

Les polypes de l'urètre ont été constatés par plusieurs auteurs chez la femme dans la blennorhagie chronique. Ces polypes sont considérés comme cause de la persistance des gonocoques. F. a examiné par l'urétroscopie 397 femmes dont 222 atteintes de blennorhagie de l'urètre, 99 présentèrent des lésions pathologiques de l'orifice interne de l'urètre : des bosses produites par un œdème 4 à 6 semaines après le début de la blennorhagie, 2° des tuberosités vitreuses par soulèvement de l'épiderme dans le 3e mois de la maladie et enfin des polypes par une prolifération des tissus, prolifération qui ne se produit que dès le 4e mois. Chez 37 femmes on ne trouva pas de gonocoques dans l'urètre, mais dans le col, dans le col et dans le rectum ou uniquement dans le rectum ; 27 sur 37 ne présentèrent aucune lésion de l'urètre, sur les 10 autres, 7 montrèrent des bosses et des tubérosités vitreuses et 3 des polypes.

Sur un groupe de 135 femmes sans présence de gonocoques dans l'urètre et chez lesquelles l'anamnèse n'a pas permis de déceler une blennorhagie, 81 o/o étaient indemnes de lésions. Dans deux cas les lésions ont été déterminées par la grossesse, mais les myomes, les inflammations chroniques et les irritations (masturbation) peuvent aussi en être la cause. Dans la majorité des cas ces lésions sont dues à la blennorrhagie chronique.

Le traitement consiste dans l'ablation des tubérosités et des polypes par le galvanocautère.

Olga Eliascheff.

Sur la clinique et la pathogenèse de la dermatite due au bois des aunes (Ueber Klinik und Pathogenese der Erlenholzdermatitis, par Sigmund Brugel et Alfred Perutz. *Archiv für Dermat. u. Syphilis*. Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 661, 2 figures.

Les auteurs apportent quatre observations de dermite aiguë et subaiguë due aux bois des aunes noires (l'aune de Russie, *Alnus glutinosa*, très riche en tannin). Sur 330 ouvriers de la même usine, 4 seulement présentèrent des lésions localisées surtout à la face, aux mains et à la face interne des bras et avant-bras. L'aspect clinique, l'incubation de plusieurs mois, l'éosinophilie du sang (fréquente dans les toxicodermies) une disposition familiale dans ces cas et le petit nombre de sujets atteints de la dermatose firent penser à une dermite professionnelle allergique et des expériences furent faites dans le sens des études actuelles sur l'allergie et les idiosyncrasies, pour mieux définir l'étiologie et la pathogenèse de cette affection.

Les recherches portent sur :

1° L'hypersensibilité locale de la peau ; 2° sur les modifications générales dans l'organisme auxquelles est peut-être due cette hypersensibilité. Les conclusions sont les suivantes : 1° L'hypersensibilité locale chez leurs malades fut monovalente, l'agent nocif fut dans tous les cas le tannin et ses dérivés contenus dans le bois des aunes.

Les troubles généraux furent :

1° Une arythmie respiratoire et le phénomène d'Erben positif ;

2° Une hypersensibilité aux doses minimes de pilocarpine ;

3° L'hémoclasie alimentaire par la peptone provoqua une chute leucocytaire de 30 o/o, signe d'une leucocytose dans le territoire du nerf splanchnique. Après l'ingestion de peptone on constata une augmentation de calcium dans le sérum sanguin. Cette épreuve fut employée pour démontrer les troubles dans l'équilibre vago-sympathique : l'augmentation de calcium dans le sérum a pour effet sa diminution dans l'organisme, c'est-à-dire une augmentation relative de potassium, signe d'une irritation du parasympathique.

Les auteurs admettent comme cause de la disposition aux dermatoses allergiques la labilité constitutionnelle du fonctionnement autonome des nerfs pneumogastrique et sympathique et en même temps une surexcitabilité du parasympathique. Ils concluent dans la vagotonie à une irritation surtout parasympathique, à côté du sympathique.

La peptone est susceptible d'augmenter les troubles dans la surexcitabilité du parasympathique, mais peut être employée avec succès dans les dermatoses dues a une surexcitabilité du sympathique. Il faut donc examiner le fonctionnement du système nerveux autonome avant l'emploi de ce médicament.

Essais d'un traitement de désensibilisation paraspécifique combiné à un bloquage du parasympathique surexcité par l'adrénaline et une irritation du sympathique par l'éphédrine et resp. l'éphétonine (alcaloïdes très proches chimiquement et physiologiquement de l'adrénaline, mais moins toxiques que ce dernier par la résorption plus lente et ainsi d'un effet plus prolongé).

Les auteurs recommandent d'observer une certaine prudence dans l'emploi de ces médicaments : les sujets déjà hypersensibles peuvent présenter une idiosyncrasie aussi vis-à-vis de ce médicament.

Olga Eliascheff.

Embolies cutanées médicamenteuses (avec exanthème, formation de bulles, gangrène) (Medicamentöse Hautembolien (mit Exanthem, Blasenbildung, Gangrän) Embolia cutis medicamentosa (exanthematica, bullosa, gangrænosa). (Lokales embolisches Bismogenol-Exanthème), par Walter Freudenthal. *Archiv für Dermat. und Syphilis*, Bd. CLIII, Heft 3, 1927, p. 730, 2 figures.

Trois nouveaux cas d'embolies médicamenteuses (Bismogénol) avec exanthème de la peau ajoutés aux trois cas déjà publiés par l'auteur,

L'examen histologique décela des cristaux de bismuth dans la lumière artérielle. Ces embolies ne sont pas dues uniquement au Bi, mais peuvent être produites par d'autres sels, par exemple le mercure, l'iodure. Après la description des signes cliniques de cette lésion (forme en réseau de l'exanthème, douleur très vive, fièvre, courbature générale, légère albuminurie). F. tâche d'expliquer de la façon suivante le mode de pénétration du médicament dans l'artère : en faisant l'injection on lèse avec l'aiguille la paroi artérielle et on dépose le médicament dans la paroi même de l'artère. Ce dépôt « intramural », après avoir produit une nécrose de la paroi vasculaire, détruit l'intima et pénètre dans la lumière vasculaire. C'est à ce moment que se produit l'embolie avec toutes ses conséquences. Olga Eliascheff.

Examens de la fonction hépatique dans la syphilis par la méthode de S M. Rosenthal (Prüfung der Leberfunktion bei Lues mit der S. M. Rosenthalschen Methode), par Hans Biberstein und Wolfgang Scholz-Sadebeck. *Archiv fur Dermat. u. Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 755.

Les auteurs ont examiné la fonction hépatique, d'après la méthode de Rosenthal, de sujets atteints de syphilis primaire, secondaire, tertiaire et latente non traités et traités soit par les novarsénobenzènes, soit par le salvarsan et le bismuth. Les résultats sont les suivants :

1° Chez les sujets « normaux » (non syphilitiques) on constata une rétention du colorant dans 25,7 o/o des cas examinés 1 heure après l'injection dans 10,3 o/o une rétention 1 heure 1/2 après l'injection.

2° Les syphilitiques non traités présentèrent une rétention dans 78,7 o/o après 1 heure, dans 37,5 o/o après 1 heure 1/2 (presque tous ces malades avaient une réaction de Wassermann positive).

Cette différence persista dans les différentes périodes de la syphilis : (syphilis primaire 50-66,6 o/o ; syphilis secondaire, 85,7 resp. 43,6 o/o ; syphilis tertiaire 56,3 resp. 11,8 o/o ; syphilis latente 100 resp. 60 o/o).

3° Les sujets au début d'un traitement ou insuffisamment traités présentèrent dans toutes les périodes de la syphilis deux ou trois fois plus de rétention que les sujets normaux.

4° Les syphilitiques à la fin ou après un premier traitement d'attaque se comportèrent comme les sujets « normaux ».

5° On constata chez les sujets dont le foie a été lésé par la syphilis une élimination normale du colorant après un traitement par le salvarsan ou après un traitement mixte.

Les auteurs, d'après leurs résultats, ne peuvent naturellement pas exclure de légers troubles de la fonction hépatique produits par les

médicaments, surtout par le salvarsan (effet toxique direct par une mauvaise préparation ou indirect par la réaction de Jarisch-Herxheimer) mais ils sont d'avis que les légères lésions du foie dues à la syphilis sont très favorablement influencées par le salvarsan ou le traitement mixte.

(La méthode de Rosenthal est la suivante : on injecte dans la veine, 1 centimètre cube pour 10 kilogrammes de poids d'une solution de phénoltétrachlorphtaléine à 5 o/o. Normalement le colorant doit être éliminé 1 heure après l'injection. D'après la technique des auteurs on retire 1 heure 1/2 après l'injection quelques centimètres cubes de sang. Après centrifugation on ajoute à chaque centimètre cube de sérum sanguin 1-2 gouttes d'acide chlorhydrique à 3 o/o. On verse ce mélange avec précaution dans un tube à essai contenant un peu de potasse de soude à 5 o/o. Si la réaction est positive (rétention du colorant à la suite d'une insuffisance hépatique) il se forme au point de contact de ces deux liquides un anneau de teinte rouge-violet). OLGA ELIASCHEFF.

Etudes expérimentales sur les rapports de la peau et les vitamines (Experimentelle Studien über Beziehungen zwischen Haut und Vitaminen), par WILHELM RICHTER. *Archiv für Dermat. und Syphilis*, Bd. CLIII, Heft 3, 1927, p. 697, 6 figures.

On sait que les cobayes dont la nourriture ne contient pas la « vitamine C » présentent des lésions analogues au scorbut et en meurent rapidement.

L'auteur après avoir rasé les poils sur une petite surface du dos d'une certaine quantité de cobayes recouvrit cette surface d'un pansement dans lequel il pratiqua une petite ouverture. Ces cobayes furent soumis à une nourriture sans « vitamine C », (avoine, foin haché, eau). Par la fenêtre du pansement on versa 4 fois par jour le jus d'épinards jusqu'à l'imbibition du pansement. La mortalité diminua légèrement. Après avoir ajouté à ce jus d'épinards des sels de potasse, de calcium, de magnésium, de soude liés au phosphore, au soufre, à l'acide chlorhydrique avec traces d'acide silicique, la mortalité diminua sensiblement. L'auteur se croit en droit de conclure de ses expériences que :

1° La peau est en état d'absorber les vitamines, c'est-à-dire qu'elle possède des fonctions régulatrices dans le sens biologique ;

2° Le jus d'épinards contient très peu de chlorophylle, par contre l'action des vitamines du jus est si grande, que l'on ne peut pas admettre que les vitamines soient liées uniquement à la chlorophylle ;

3° Le jus d'épinards additionné de sels minéraux donne des meilleurs résultats, il faut donc croire que les sels possèdent des propriétés actives des vitamines ;

4° La réparation des lésions dues à l'avitaminose n'est possible que dans une certaine mesure. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi avec lésions importantes surajoutées (Ueber Poikilodermia atrophicans vascularis

(Jacobi) mit bemerkenswerten Nebenbefunden), par H. G Rottmann. *Archiv für Derm. und Syphilis*, Bd. CLIII, Heft 3, 1927, p. 747.

Cas de poïkilodermie de Jacobi avec des symptômes tropho-neurotiques de la maladie de Renayd. En même temps des lésions ressemblant à la sclérodactylie et une calcinose des doigts.

Olga Eliascheff.

Dermatite atrophique chronique avec formation de multiples nodules et cordons (Dermatitis atrophicans chronica mit Bildung von multiplen Knoten und Strängen), par Ernst Delbanco, Arthur Lippmann und Paul Unna Jr. *Archiv für Dermat. und Syphilis*, Bd. CLIII, Heft 3, 1927, p. 706, 5 figures.

La formation de nodosités dans la dermite chronique atrophiante a été décrite pour la première fois par Herxheimer. Dans le cas des auteurs ces nodules étaient localisés aux articulations (coudes et genoux) et présentèrent tous la même structure histologique : sous l'épiderme atrophié une tumeur fibromateuse riche en cellules, entourée de nombreux vaisseaux dilatés. Un infiltrat très dense au pourtour de ces vaisseaux. Il exista en outre des lésions du tissu collagène, consistant en une prolifération de cellules connectives, une hypertrophie et une hyperplasie du tissu conjonctive avec atrophie partielle du dernier. A l'autopsie pas de lésions de glandes endocrines ; l'étiologie de cette maladie reste obscure.

Olga Eliascheff.

Naevus bleu (Blauer Nævus), par C. Kreibich. *Archiv für Dermat. und Syphilis*, Bd CLIII, Heft 3, 1927, p. 804, 1 figure.

K. trouva dans les cellules d'un nævus bleu de la région fessière à côté des chromatophores des cristaux de cholestérine. Il admet l'origine épithéliale de ces nævi non seulement parce qu'ils donnent la réaction de Dopa et contiennent des lupoïdes, mais aussi par la présence dans la profondeur du derme de ce nævus d'un amas cellulaire, composé de cellules d'aspect épithélial avec une disposition alvéolaire, disposition typique pour les nævi cellulaires. Il considère les cellules fusiformes de ces nævi comme cellules épithéliales différenciées qui prennent la forme de cellules conjonctives.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'érythème annulaire centrifuge ; considérations étiologiques basées sur la recherche des désintégrations interferrométriques par la méthode d'Abderhalden, et des échanges gazeux, etc. (Ueber Erythema annulare centrifugum unter besonderer Berücksichtigung der Ætiologie auf Grund von Untersuchung der interferrometrischen Abbauwerte nach Abderhalden, des Gasstoffwechsels, usw.), par W. Richter, *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nos 45 et 46, pp. 1549 et 1583, nov. 1927, 6 fig. *in* texte.

Sur 8 cas d'E. C. A., R. étudie l'étiologie de cette curieuse affection en utilisant la méthode d'Abderhalden, modifiée par Hirsch, les échanges gazeux, les réactions cutanées aux différentes hormones

(hypophyse, thyroïde, thymus, ovaire, surrénale, testicule). De toutes ses expériences, R. conclut que, par des modifications dans la corrélation fonctionnelle des sécrétions internes, il se crée une réceptivité particulière aux irritations externes. Mais, comme dans d'autres dermatoses, plusieurs composants glandulaires interviennent dans la production de l'E. C. A. De plus, la méthode d'Abderhalden modifiée par Hirsch permet de vérifier l'action des médicaments. Ces recherches, difficiles, exigent une longue expérience; ainsi s'expliquent les « extraordinaires » divergences d'opinion sur cette méthode.

L. CHATELLIER.

Sur la teneur en sucre du sang des syphilitiques (Ueber das Verhalten des Blutzuchers bei Lues), par S. NEUMARK et TSCHATSCHKOWSKA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nos 46, 47, 48, nov. 1927, pp. 1587, 1617, 1646.

Au cours de la syphilis secondaire, tertiaire et latente, on peut trouver une hyperglycémie légère ne dépassant pas 1,6 o/o, sans glycosurie, hyperglycémie qui disparaît rapidement au cours du traitement. On trouve aussi souvent une hypoglycémie qui cède aussi au traitement. L'injection intraveineuse de 0,45 de néosalvarsan détermine un choc qui s'accompagne de variations passagères de la teneur du sang en sucre. Ces troubles ne dépendent pas du foie, mais bien plutôt d'une irritation du système nerveux végétatif (hyperglycémie), ou bien d'un dépression du système vague, tandis que l'hypoglycémie dépend de l'hypoamphotomie du système végétatif.

CH. AUDRY.

Sur les formes tardives du lichen plan (Ueber Spätformen des Lichen ruber), par BRIEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, no 48, 26 nov. 1927, p. 1633.

En 1908, Herxheimer avait signalé le cas singulier d'un homme atteint de lichen plan qui 20 ans plus tôt en avait présenté des manifestations caractéristiques, et en était guéri par l'arsenic. B. résume 13 nouvelles observations personnelles (ou d'Herxheimer) de cette forme. Presque toujours, il s'agit de variétés circinées ; les muqueuses y participent; l'intervalle qui sépare les poussées varie de 2 à 40 ans. B. rappelle qu'un certain nombre de faits semblables ont été signalés et presque toujours avec mention de la disposition annulaire ou serpigineuse dans la récidive. B. en prend texte pour rapprocher le lichen plan de la syphilis et pour invoquer la nature infectieuse de la maladie.

CH. AUDRY.

Les injections de Magisterium Bismuthi comme traitement prophylactique (Die Einspritzungen der Magisterium Bismuti als prophylaktische Konzeption), par E. SONNENBERG. *Dermatolologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 48, nov. 1927, p. 1638, 2 fig. *in* texte.

L'imprégnation d'un organisme sain par le Bi a-t-elle une valeur prophylactique? Sur 110 prostituées saines, cliniquement et sérologiquement, 60 acceptèrent de suivre le traitement prophylactique suivant : par semaine, 1 cc. 5 d'une suspension huileuse à 10 o/o

de M. B., soit 0,1 de Bi métal. La résorption de Bi s'accroît proportionnellement au nombre d'injections, pour atteindre un niveau constant après la 8e.

En 14 mois, un seul chancre, apparu à la 3e injection, avant donc une absorption bismuthée suffisante.

En 18 mois, aucun accident toxique, rénal ou autre n'a été constaté. Sur les 60 prostituées traitées, 2 contaminations. Sur les 50 autres, 20 contaminations. L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Bonn-sur-Rhin).

Contamination syphilitique par le cadavre (Ueber dei Leicheninfektion mit Syphilis), par PAAT MGALOBLISCHWILL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 3/4, novembre 1927, p 167.

Contrairement à la tradition antérieure, il ne faut pas douter de la possibilité de contracter la syphilis sur des cadavres. C'est aux recherches d'E. Hoffmann et de ses élèves que l'on doit les renseignements précis concernant ces contaminations dont la possibilité avait été cependant indiquée antérieurement. Presque toutes les observations ont naturellement été recueillies chez des anatomo-pathologistes, et grâce à des circulaires envoyées par Hoffmann. Dans un cas, deux personnes furent infectées par un seul cadavre d'enfant. Des recherches expérimentales ont montré que la contamination était possible après plus de 24 heures. Du reste, elle est très rare. M. en a réuni 34 cas, dont 20 offrent les caractères de la certitude. Presque toujours il s'agit de chancres des doigts (3 fois l'index, 4 fois le pouce, 10 fois les autres doigts), dans un cas du cou. Les chancres ne diffèrent pas des chancres contractés du vivant : la syphilis est souvent grave, trois fois, maligne. Habituellement, elle a été reconnue tardivement, souvent confondue avec la tuberculose, avérée par la présence des spirochètes. La maladie a toujours été bien influencée par le traitement. La rareté de ces contaminations est bien grande, car Lubarsch n'en a jamais rencontré, malgré son immense pratique ; il est vraisemblable que le virus est affaibli dans le cadavre. Il faut donc se garantir soigneusement les doigts quand on pratique des autopsies de fœtus, d'enfants, de paralytiques généraux, etc. CH. AUDRY.

Sur le carcinome dans le lupus érythémateux (Ueber Carcinoma in Lupo erythematoso), par G. RIEHL (jun.). *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 3/4, novembre 1927, p. 161.

Aux 58 cas déjà publiés, R. ajoute 6 observations nouvelles : 3 fois il s'agissait d'épithéliomas développés sur des lupus érythémateux traités par le radium ; 3 fois la maladie avait été longuement traitée par des topiques irritants et prolongés. Dans tous les cas, il s'agissait d'épithélioma lobulé, malpighien. CH. AUDRY.

Sur le granulome annulaire (Ein Beitrag zur Kenntniss des Granuloma annulare), par J. KONRAD. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 3/4, novembre 1927, p. 190.

Un cas dans lequel aucun examen de laboratoire, aucune manifestation clinique ne permit de découvrir la de tuberculose.

Ch. Audry.

Altérations cutanées chez les employés des Postes et Télégraphes (Hautschädigung bei Post-und Telegraphenangestellen), par A. Jordan. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 3/4, novembre 1927, p. 193.

Sur 691 employés, J. en a trouvé 326 qui présentaient des lésions de la peau, principalement des cors, des atrophies, de l'eczéma, etc., plus ou moins complètement déterminées par les occupations professionnelles des télégraphistes, etc. Ch. Audry.

Nævi vasculaires systématisés (Systemasierte Gefässnævi), par F. Piorkowsky. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 3/4, novembre 1927, p. 198, 2 figures.

Un cas de nævus anémique suivant les lignes de Voigt (face interne et antérieure du bras). Dans ce cas, il s'agit vraisemblablement d'une anomalie de développement embryonnaire.

Un cas d'hémangiome veineux disposé en traînée, qui répond plutôt à un angioblastome étendu sur la poitrine et la face interne du bras adjacent. Ch. Audry.

Constatation de bacilles tuberculeux chez les animaux inoculés dans un cas de lupus miliaire disséminé de la face (Positiver Bazillennachwiess im Tierversuch bei einem Fall von Lupus miliaris disseminatus Faciei), par W. Post. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 3/4, novembre 1927, p. 203.

Un homme de 22 ans d'abord atteint d'érysipèle de la face à poussées successives, ayant laissé un résidu d'aspect éléphantiasique présenta une poussée d'éléments répondant exactement à la lésion décrite dès 1876 par Tilbury Fox. Les coupes n'offrirent ni bacilles, ni lésions histologiquement tuberculeuses, mais les cobayes inoculés furent tuberculisés et offrirent des bacilles dans les altérations. Cette observation confirme les résultats annoncés par un certain nombre d'auteurs antérieurs. Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (*Londres*).

L'érythrodermie exfoliante (Exfoliative dermatitis), par Haldin-Davis. *The British Journal of Dermatology*, vol. XXXIX, n° 469, novembre 1927, p. 435, 7 figures.

Rapport sur l'érythrodermie exfoliante généralisée lu devant la Société anglaise de Dermatologie. Etude clinique et histologique, critique des classifications et considérations générales sur l'étiologie et la pathogénie. S. Fernet.

Les transfusions de sang total dans le pemphigus (Pemphigus : the use of whole-blood transfusion as an aid in therapy), par Hollander. *The British Journal of Dermatology*, vol. XXXIX, n° 469, novembre 1927, p. 450.

Des transfusions hebdomadaires de 500 à 600 centimètres cubes de

sang total ont été pratiquées, avec les précautions habituelles, dans 6 cas de pemphigus qui ont tous été améliorés. S. Fernet.

The Lancet (*Londres*).

Quelques observations sur la photothérapie à l'Hôpital de Londres (Some observations on light treatment at the London Hospital), par Sequeira et O'Donovan. *The Lancet*, vol. II, n° 22, 26 novembre 1927, p. 1118.

S. et O'D. traitent les lupus vulgaires par la Finsenthérapie locale depuis 27 ans et par les bains généraux de lumière de lampe à arc (70 ampères), seuls ou associés au traitement local, depuis 6 ans.

En ce qui concerne ces derniers, ils confirment en tout point les constatations de Reyn. Grâce aux bains généraux de lumière à arc la proportion des guérisons du lupus s'est élevée à 90 o/o. Ils permettent d'enrayer les lupus à évolution rapidement extensive et les lupus des muqueuses qui ne pouvaient être influencés par la photothérapie locale.

S. et O'D. ont constaté de plus que les résultats sont indépendants des réactions cutanées, de l'étendue et du degré de la pigmentation. Les enfants guérissent plus facilement que les adultes. L'état général des malades s'améliore considérablement sans que l'augmentation de poids ne soit très marquée ; la perte de poids au cours du traitement implique la cessation de celui-ci, car elle traduit quelquefois le réveil d'une tuberculose viscérale latente ; il est de règle, du reste, de ne traiter par les bains que les cas apyrétiques.

En 26 ans d'expérience aucun cas de cancer n'a été observé chez les malades traités par la photothérapie locale ou générale.

S. Fernet.

Boletin del Instituto de Medicina experimental para el Estudio y tratamiento del cancer (*Buenos-Aires*).

Sur la transmission de la lèpre aux singes inférieurs (Sobre la transmisión de la lepra a los monos inferiores), par A. H. Roffo. *Boletin del Instituto de Medicina-Experimental para el estudio y tratamiento del cáncer*, Ano III, n° 15, Enero 1927.

Après avoir essayé sans succès d'inoculer la lèpre à des rats, A. H. Roffo a réussi à transmettre cette maladie aux singes inférieurs, ainsi que l'ont déjà fait Nicolle et Reenstierna.

Après une incubation de 30 à 35 jours, apparaissent aux points inoculés des lépromes caractéristiques, dont le développement est complet après 60 jours environ.

La réceptivité des animaux varie beaucoup avec le terrain.

De nouvelles inoculations, pratiquées 4 mois après l'apparition des premiers lépromes, provoquent la formation de tubercules après une incubation plus courte que la première (15 jours au lieu 30). L'évolution de ces lépromes est également plus intense.

L'état général des animaux contaminés se modifie. On observe de l'anorexie et de l'amaigrissement.

On ne saurait cependant considérer cette infection comme l'équivalent de la lèpre humaine avec son caractère de processus généralisé et d'évolution progressive. Les lépromes expérimentaux ne constituent qu'une affection locale Leur régression est constante au bout de quelques mois. Le bacille de Hansen n'a jamais pu être décelé dans le mucus nasal. MARGAROT.

Bruxelles Médical.

Contribution à l'étude clinique d'une variété intéressante d'épithélioma très rapprochée de la maladie de Paget, par M. PER et R. BRANDE (Moscou). *Bruxelles Médical*, 8e année, n° 1, 6 novembre 1927, pp. 1 à 6.

Observation d'un homme de 70 ans présentant à la face interne du prépuce une plaque inflammatoire, bien circonscrite, ovalaire irrégulièrement, légèrement saillante de teinte rouge foncé, de dimensions de 3 à 4 centimètres ; aspect luisant, verni, visqueux brillant, par places granuleux. Ni desquamation, ni croûtes, un peu d'infiltration et d'induration. En bas et en arrière du méat, production papillomateuse de la grosseur d'un pois, de teinte analogue. Pas d'adénopathie. Il s'agit pour les auteurs d'un cas d'épithéliome papillaire syphiloïde velvétique (Darier), érythroplasie velvétique de Queyrat. L'absence de biopsie diminue singulièrement la valeur de cette observation à propos de laquelle P. et R. demandent une simplification dans la classification des affections précancéreuses dyskératosiques.

H. RABEAU.

Essai sur les dyskératoses congénitales, par Ch. LAURENTIER (Toulouse). *Bruxelles Médical*, 8e année, n° 3, 20 novembre 1927, p. 69

Lenglet (*Thèse Paris*, 1902) a bien montré la complexité de la question, et suivant son expression les formes cliniques des dyskératoses congénitales constituent une chaîne à anneaux continus dont les maillons extrêmes sont représentés par l'ichtyose vulgaire et l'icthtyose fœtale. Pour certains auteurs il n'est pas permis d'isoler des types cliniques distincts L'école française depuis Besnier s'est au contraire efforcée d'isoler des types cliniques. A propos d'une observation personnelle mal déterminée qu'il publie L. rappelle ces types cliniques : ichtyose fœtale, lésions isolées des phanères et des glandes, exfoliation lamelleuse des nouveau-nés, érythrodermie ichtyosiforme de Brocq et leurs variétés, aplasies cutanées, ichtyose vulgaire. A ces variétés il estime qu'on pourrait ajouter les dyskératoses dermato-muqueuses (type Thibierge-Jadassohn) et les dyskératoses type Darier.

H. RABEAU.

La peste, sa symptomatologie, sa prophylaxie, son traitement, par ABBATUCCI (Paris) *Bruxelles Médical*, 8e année, n° 4, 27 novembre 1927, pp. 102-104.

Maladie endémo-épidémique la peste revêt trois formes cliniques principales : bubonique, septicémique, pulmonaire. La contagion s'opérant surtout par les rongeurs, la dératisation est le meilleur moyen de prophylaxie. A. montre comment doit être menée la lutte anti-murine Une injection de sérum antipesteux (10 centimètres cubes) donne une protection immédiate durant environ 15 jours.

La vaccination ne protège que d'une manière relative. En outre il y a après la première injection une phase négative de 7 jours, pendant laquelle le sujet semble plus réceptif encore. La sérothérapie est le seul traitement spécifique de la peste, encore ne donne-t elle maintenant les beaux résultats du début ; son efficacité est bien douteuse dans les formes septicémiques.

La chimiothérapie par l'iode aurait donné de beaux résultats à Grinès à Madagascar, à Bharadway aux Indes.

L'auteur a observé aussi des résultats favorables. Dans certains cas l'abcès de fixation semble modifier heureusement l'évolution de la maladie. H. Rabeau.

Actas dermc-siphilograficas (Madrid).

Pyodermites chancriformes (Piodermitis chancriformes), par J. S. Covisa Y. J. Bejarano. *Actas dermo-sifiliograficas* publicados por la Academia espanola de Dermatologia y Sifiliografia, ano XIX, n° 4, abril-mayo 1927, p. 296, 11 figures.

Dans un travail antérieur C. et B. ont décrit sous le nom de « pyodermite génitale chancriforme de la première enfance » trois cas dans lesquels, du fait de leurs caractères cliniques, les lésions prêtaient à des erreurs de diagnostic. Elles se présentaient sous la forme d'érosions de coloration jambonnée, de surface vernissée, sans bords, dures, indolores, donnant, à l'expression, de la sérosité et de petites hémorragies punctiformes. On trouvait dans l'aine de petits ganglions indolents et roulant sous le doigt.

Les auteurs ont observé deux faits analogues chez l'adulte. Dans le premier cas, une ulcération de la paupière, dans le second, une lésion de la lèvre inférieure avaient nettement l'aspect de chancres syphilitiques. Seule faisait défaut l'adénopathie classique.

Le tréponème n'a pu être mis en évidence et l'évolution a montré que la syphilis n'était pas en cause.

Chez tous ces malades les lésions étaient dues aux pyocoques habituels. Ceux-ci peuvent donc dans certaines conditions déterminer sur la peau et les muqueuses des lésions cliniquement analogues et parfois identiques aux chancres syphilitiques.

Les auteurs leur donnent le nom de pyodermites chancriformes. Leur siège peut être génital ou extra-génital. Margarot.

Cancer cutané familial (Cancer cutanéo familiar), par Eduardo Ledo (de Valladolid). *Actas Dermo-sifiliograficas*, publicas per la Academia espanola de Dermalogia y Sifiliografia, ano XIX, n° 4, abril-mayo 1927.

Les familles de cancéreux ne sont pas rares. L'auteur en cite plusieurs exemples. Le plus typique est celui d'une famille dont 10 membres ont été atteints de cancers cutanés. MARGAROT.

Revista Médica Gallega (Santiago de Galicia).

Chancres syphilitiques à incubation prolongée (Chancros sifilíticos de incubatión prolongada), par MANUEL MERINO. *Revista médica gallega*, ano VII, nº 3, mayo 1927.

M. rappelle les divers cas de chancre à incubation prolongée qui ont été signalés. Il a publié lui-même en 1921 l'observation d'un accident primitif de l'index apparu 110 jours après le contact infectant. Chez ce malade le retard ne peut être attribué ni à l'existence d'une hérédo-syphilis, ni à un traitement intercurrent, ni à une affection fébrile survenue dans l'intervalle. MARGAROT.

Neuro-syphilis : étiologie, pathogénie, valeur diagnostique des syndromes siégeant en dehors du système nerveux (Neurosífilis : étiología, patogenia, valor diagnóstico des los síndromes extranerviosos), par ALVAREZ SÁINZ DE AJA. *Revista médica gallega*, ano VII, nº 6, junio 1927.

L'auteur admet l'existence de plusieurs races de tréponèmes (dermotropes, neurotropes et même paraneurotropes), mais leurs différences ne sont pas aussi tranchées que le voudraient les partisans des virus multiples.

Les tréponèmes qui ont une affinité spéciale pour le système nerveux peuvent avoir d'autres localisations et, inversement, des tréponèmes non neurotropes peuvent envahir et léser uniquement le système nerveux.

L'auteur groupe sous le nom de neurosyphilides des manifestations cutanées qui accompagnent fréquemment l'invasion du système nerveux par le tréponème.

Il estime qu'il faut craindre et chercher la neuro-syphilis dans les cas suivants :

1° Syphilides zoniformes et métamériques ;
2° Alopécies de type péladoïde ;
3° Syphilides symétriques palmo-plantaires ;
4° Syphilides pigmentaires ;
5° Alopécie de type aréolaire ;
6° Chancres avec herpès et chancres à incubation prolongée ;
7° Chancres céphaliques ;
8° Syphilis oculaire ;
9° Syphilides secondaires céphaliques ;
10° Syphilis asthéniques, névralgiques et fébriles ;
11° Syphilis ignorées.
12° Contamination par un sujet atteint de neuro-syphilis.

Toutes les fois que l'un de ces faits peut être mis en évidence, il est nécessaire de procéder à une exploration systématique du système nerveux par l'examen clinique et par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. MARGAROT.

The American Journal of Syphilis. St-Louis (U. S. A.).

Enseignement tiré de 2.000 injections intramusculaires de néoarsphenamine dans la neurosyphilis (Experience with 2.000 intramuscular injections of neoarsphenamine in neurosyphilis), par Gordon. *The American Journ. of Syphilis*, vol. XI, n° 4, octobre 1927, p. 525.

Dans la syphilis nerveuse, alors que la stérilisation de l'organisme n'est plus réalisable, G. est partisan des injections intramusculaires de novarsénobenzol à faible dose. Il les a pratiquées quotidiennement ou tous les deux jours à la dose de 0 cgr. 15 dilués dans 1 centimètre cube d'eau fraîchement distillée et stérilisée et par séries de 12 à 36. Faites dans la région scapulaire et rigoureusement intramusculaires, ces injections ne sont pas accompagnées de douleurs ni de réactions locales appréciables. Elles ont l'avantage d'éviter les réactions générales et les accidents, malheureusement trop fréquents avec les doses fortes et espacées ; leur efficacité est égale, sinon supérieure, à celle des méthodes usuelles. S. Fernet.

Un cas de syphilis héréditaire (A case of congenital syphilis), par Mc Cord, *The American Journ. of Syphilis*, vol. XI, n° 4, oct. 1927, p. 538, 6 fig.

Mc C. publie les microphotographies des coupes faites sur un hérédo-syphilitique mort-né et macéré. Le myocarde, les vaisseaux du cœur, l'aorte, les reins, la peau et la moelle contenaient de nombreux tréponèmes S. Fernet.

Syphilis résistante au Bismuth (Syphilis resistant to Bismuth), par Sutton. *The American Journ. of Syphilis*, vol. IX, n° 4, oct. 1927, p. 530.

Une ulcération syphilitique du scrotum apparut chez un malade quelques semaines après la disparition d'un chancre syphilitique, traité par 30 injections intramusculaires de tartrate soluble de Bi, à 0,10. On fit alors à nouveau des injections de Bi qui restèrent sans effet. La lésion se cicatrisa rapidement après une seule injection de novarsénobenzol. S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Deux cas de maladie de Raynaud, par Cleveland. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XVI, n° 5, novembre 1927, p. 548.

Deux cas de maladie de Raynaud dont l'un évoluait en même temps qu'une dermatite herpétiforme et l'autre conjointement avec un lupus érythémateux.

C. n'admet pas la coïncidence et attribue les troubles vaso-moteurs périphériques à la toxémie résultant de ces deux affections.

S. Fernet.

Le taux du calcium dans le sang au cours des urticaires (Blood serum calcium in the urticarias), par Greenbaum. *Archives of Dermat. and Syph.*, vol. XVI, n° 5, novembre 1927, p. 553.

L'emploi du chlorure de calcium dans l'urticaire est basé sur l'opinion que l'urticaire est liée à un trouble de la coagulabilité sanguine,

à l'abaissement du taux du calcium et que la perméabilité des capillaires est réglée par l'équilibre sodium-calcium des humeurs, l'excès de sodium favorisant la perméabilité, l'excès de calcium s'y opposant.

L'étude de 63 cas d'urticaire, a montré à G. que la coagulabilité sanguine et le taux du calcium sont normaux ou accrus dans l'urticaire et que, par conséquent, l'emploi du chlorure de calcium n'est justifié par aucun fait précis.

L'éphédrine, médicament introduit récemment en thérapeutique et dont l'action, analogue à celle de l'adrénaline, est moins marquée mais paraît plus prolongée, n'a pas d'action manifeste sur l'urticaire.

S. Fernet.

Les champignons et les mycoses (Fungi and fungous diseases), par Castellani. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XVI, n° 5, novembre 1927, p. 571, 12 fig.

Suite de la classification générale des champignons et de l'étude complète de toutes les espèces connues.

Deuxième partie : Les Ascomycètes. S. Fernet

Le traitement des lupus érythémateux et vulgaires, des tuberculides et des tuberculoses de la peau par les composés d'or (Lupus erythematosus, lupus vulgaris, tuberculids and tuberculosis of the skin; treatment with gold compounds), par Whitehouse et Bechet. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XVI, n° 5, novembre 1927, p. 563.

W. et B. signalent les résultats intéressants qu'ils ont observés à la suite des injections bihebdomadaires intraveineuses de 0,10 cgr. d'hyposulfite d'or et de sodium (contenant 37 o/o d'or) dilués dans 2 à 5 centimètres cubes d'eau distillée. Sur 30 cas de lupus érythémateux, il y eut 8 guérisons et 21 améliorations plus ou moins marquées ; un seul cas resta stationnaire.

Tous les cas de tuberculides papulo-nécrotiques et d'érythème induré ont été guéris. Le lupus vulgaire n'a pas été amélioré.

Les réactions générales ont été rares et peu marquées ; les réactions focales ont quelquefois été intenses.

Les sels d'or paraissent donc exercer sur les tuberculides une action quasi-spécifique ; leur application est cependant conditionnée par la tolérance très variable des malades ; on a signalé, en effet, des troubles gastro-intestinaux graves, de la fièvre, des éruptions cutanées diverses, des hémorragies. S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review. St-Louis (Missouri).

L'impossibilité de la transmission paternelle de la syphilis au fœtus a-t-elle été démontrée (Has the impossibility of a paternal transmission of syphilis to the fetus been demonstrated), par Almkvist. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXI, n° 11, novembre 27, p. 693.

A. cite l'observation d'une femme qui donna naissance à un enfant présentant des syphilides généralisées. Cette femme, qui n'avait jamais présenté d'accidents spécifiques et qui, après l'accouchement, avait un W. négatif, put être suivie pendant 12 ans. Pendant toute cette période,

et sans qu'aucun traitement n'ait été appliqué, elle ne présenta aucun symptôme permettant de suspecter la syphilis et sa réaction de B.-W., pratiquée 34 fois au cours de ces 12 ans, fut toujours négative. Elle eut ultérieurement, d'un autre père, un enfant sain.

A. admet que la syphilis paternelle peut être transmise au fœtus sans que la mère soit contaminée. Il prouve, en tout cas, que la thèse inverse. n'est pas démontrée. Si les tréponèmes ne peuvent pénétrer dans les spermatozoïdes, ils peuvent exister dans le liquide spermatique; des inoculations de ce liquide, prélevé sur des syphilitiques, ont donné des résultats positifs chez des singes (Finger, Landsteiner) et chez des lapins (Uhlenhuth et Mulzer). Le sperme peut donc être infectant et rien, logiquement, ne s'oppose à ce que l'œuf infecté continue à vivre et à se développer ; de l'étude générale de la syphilis nous savons en effet, que la présence du tréponème, loin d'entraîner la nécrose des cellules, favorise au contraire, leur prolifération. On peut admettre, qu'en l'absence d'une porte d'entrée chez la mère, le sperme infecte uniquement l'œuf et la preuve n'est pas faite qu'un œuf infecté infecte inévitablement la mère. S. Fernet.

Les injections épidurales de bromure, d'iodure et de salvarsan sont-elles utiles en pratique? (Is the epidural administration of bromide, iodine, salvarsan useful in practice ?), par Greifswald. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXI, nº 11, novembre 1927, p. 710.

Le but de ce travail était de déterminer dans quelle proportion les substances, injectées par voie épidurale. passent dans le liquide céphalo-rachidien. G. a pratiqué des dosages rigoureux sur les liquides prélevés par ponctions lombaires à divers intervalles après des injections épidurales de bromure, d'iodure de sodium et de salvarsan.

A la suite de ses expériences G. confirme d'abord les faits déjà connus sur le passage de ces substances dans le liquide céphalo-rachidien après ingestion ou injection intraveineuse : les bromures, dont l'élimination est lente, se comportent, à ce point de vue, tout différemment des iodures; ceux-ci, en raison de leur élimination rapide, ne se retrouvent jamais dans le liquide céphalo-rachidien après absorption par la bouche ou par la voie veineuse: tandis que les bromures y passent constamment, quelle que soit la voie d'introduction.

G. a constaté que le bromure et l'iodure de sodium, injectés par la voie épidurale à la dose de 30 centimètres cubes d'une solution de 3 à 10 o/o, passent rapidement et abondamment dans le liquide céphalo-rachidien. Cette voie d'introduction ne présente que peu d'intérêt pour le bromure, dont la pénétration dans les centres nerveux se fait couramment; seuls les cas graves de zona seraient justifiables de cette thérapeutique.

En ce qui concerne l'iodure, la voie épidurale est, par contre, la seule qui permette son introduction massive dans le liquide céphalo-rachidien sans occasionner de phénomènes d'irritation, comme ceux qui sont observés à la suite des injections endo-durales. Les myélites syphilitiques et le tabès constituent les principales indications de cette méthode.

Le salvarsan, injecté dans le sac épidural, n'a pas été retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

La pression du liquide céphalo-rachidien (Cerebrospinal fluid pressure), par KILGORE. *The Journal of the American Medical Association,* vol. LXXXIX, n° 22, 26 novembre 1927, p. 1856, 8 figures.

Description d'un appareil comprenant une aiguille munie d'un manomètre et permettant d'évaluer la pression du liquide céphalo-rachidien avant son écoulement. S. FERNET.

The American Journal of the Medical Sciences (Philadelphie).

L'étiologie du granulome inguinal (Etiology of granuloma inguinale), par CAMPBELL. *The American Journal of the Medical Sciences,* vol. CLXXIV, n° 5, novembre 1927, p. 670, 6 fig.

C. a tenté sans succès d'inoculer le granulome inguinal à divers animaux en partant des cultures de l'organisme de Donovan. La preuve n'est donc pas faite que celui-ci qui, incontestablement, existe dans toutes les lésions du granulome, en est réellement l'agent pathogène. La reproduction de la maladie par inoculations de tissus malades, telle qu'elle a été réalisée par Mc Intosh, n'en est pas une preuve suffisante, car elle n'exclut pas la possibilité de la transmission d'un agent inconnu, non décelable par les méthodes actuelles.

S. FERNET.

Giornale Italiano di dermatologia e sifilologia (Milan).

Immunité et immunisation locale de la peau dans les lésions à staphylocoques. Contribution expérimentale et clinique, par G. DEL VIVO, assistant. Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de Gênes, dirigée par le professeur F. RADAELI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia,* vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1353.

L'auteur rappelle les nouvelles conceptions de Besredka sur l'immunité : l'immunité locale. Sans entrer dans le détail de ces théories connues de tous, l'immunité ne serait pas un phénomène général dû aux anticorps, mais un phénomène local dû à un organe ou à un tissu spécialement réceptif et dont l'immunisation entraînerait l'immunisation de tout l'organisme. La peau est le tissu où cette propriété spéciale apparaît avec le plus d'évidence et semble avoir été démontrée par les expériences les plus impressionnantes. Pour ce qui concerne plus spécialement le staphylocoque, objet de ce travail, les expériences de Besredka ont montré :

1° Que dans les lésions à staphylocoques, il est très difficile de retrouver les anticorps.

2° Que, en faisant des injections sous- ou intracutanées de staphylocoques tués par la chaleur ou en inoculant ensuite des staphylocoques vivants, on n'obtient plus que des lésions atténuées. Le même effet

s'obtient par de simples applications sur la peau rasée de compresses imbibées de ce bouillon-vaccin.

3° Ce résultat se manifeste déjà au bout de 24 heures ; il ne peut donc être attribué aux anticorps, dont l'apparition ne pourrait être aussi rapide.

4° Les mêmes effets s'obtiennent avec les cultures filtrées sur bougies et qui ne contiennent donc plus aucun microbe. L'immunisation est donc due à une substance spéciale *l'antivirus*.

5° Cet antivirus, employé en injections intrapéritonéales, a une action nulle, sous-cutanée, une action faible, intracutanée, une action très efficace, surtout sous forme de cutivaccinations en nappe dont l'action peut s'étendre même au delà du territoire vacciné.

Besredka a conclu de ses expériences que c'est la peau qui est le tissu immunisateur de l'organisme contre le staphylocoque.

L'auteur a cherché à contrôler les théories de Besredka.

Des expériences *in vitro* lui ont montré que l'antivirus n'est pas bactéricide, il entrave seulement le développement des germes, mais ne les tue pas ; la preuve c'est que ces mêmes germes, repiqués sur du bouillon frais reprennent toute leur vitalité.

Des expériences sur le cobaye et sur le lapin ont confirmé l'action immunisante de la cutivaccination.

Enfin, des recherches cliniques ont été faites sur 32 malades, atteints d'affections staphylococciques diverses (pyodermites, folliculites, furoncles, impétigo, sycosis, etc.). La cuti-vaccination en nappe est douloureuse, provoque des réactions inflammatoires vives et l'auteur n'en est pas partisan. Les agar vaccins, conseillés par quelques-uns peu pratiques. Les bouillons-vaccins employés en pansements sont le mode d'emploi le meilleur, et l'auto-vaccin s'est montré supérieur au stock-vaccin.

La proportion des guérisons a été de 70,83 o/o.

Les insuccès peuvent s'expliquer par la présence de microbes associés sur lesquels le vaccin reste bien entendu sans effet, ou par des causes locales ou générales spéciales.

Fait curieux des résultats moins évidents, mais néanmoins satisfaisants, ont été obtenus par des applications de bouillon simple ; d'après certains auteurs, le bouillon, par la peptone qu'il contient, agit comme une protéine hétérogène qui augmenterait le pouvoir défensif de la peau.

Mais, pour ce qui concerne les théories de Besredka, l'auteur n'accepte pas sans réserve, dit-il, les conceptions du génial biologiste français. Il ne croit pas aux propriétés spécifiques, au rôle immunisateur de la peau.

La peau est simplement la porte d'entrée la plus commune du staphylocoque ; par la cuti-vaccination, par les pansements de bouillon-vaccin, on ferme cette porte et on préserve ainsi tout l'organisme. Mais il ne s'agit pas de vaccination au sens scientifique du mot. Il s'agit d'un simple phénomène de défense locale.

Suit une longue bibliographie. BELGODERE.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis, par Mario Artom. Grand Hôpital de la Charité de Novare. Section dermo-syphiligraphique dirigée par le professeur Mario Artom. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia,* vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1390, 3 figures. Bibliographie comportant 64 références.

Déjà en 1872, dans son mémoire initial, Charcot insistait sur l'obscurité du problème étiologique de la maladie à laquelle on a à juste raison donné son nom. Depuis cinquante ans, on n'a guère fait de progrès dans cette voie.

Le professeur Artom rapporte le cas d'un homme de 40 ans, sans antécédents morbides connus, sauf une syphilis contractée à 20 ans. Ce malade présentait tous les signes classiques de la maladie de Charcot.

Le B.-W. du sang était fortement positif. L'examen du liquide céphalo-rachidien donnait les résultats suivants : cellules : 0; Alb. : 1,20 ; Pandy ++; Bovery ++; Weichbrodt ++; Taccone +++; type méningitique, Wassermann négatif. Benjoin colloïdal : 0000002122220000.

Pour la plupart des formes d'atrophie musculaire progressive et notamment la maladie d'Aran Duchenne la possibilité de l'étiologie syphilitique est admise par la majorité des auteurs. Pour la maladie de Charcot cette influence est plus discutée.

Le professeur Artom rappelle, entre autres références le cas présenté à la Société de Neurologie de Paris par Babonneix et Widiez, d'un malade qui présentait la même association pathologique. Babonneix concluait à une simple coïncidence, parce qu'il n'y avait pas de signe d'Argyll-Robertson ni de modifications pupillaires et l'examen du liquide céphalo-rachidien était négatif. Mais Léri attachait peu de valeur à ces objections, le signe d'Argyll et les modifications du liquide pouvant faire défaut même dans les myélites nettement spécifiques. Les syndromes humoraux neuro-luétiques sont en effet très variables.

Pour ce qui concerne son cas particulier, le professeur Astrom, malgré que le B.-W. du liquide céphalo-rachidien soit négatif, estime que les altérations constatées sont dues à la syphilis. Il s'agirait d'hyperalbuminoses résiduelles comme la neurolues en laisse souvent.

L'auteur admet quatre hypothèses :

1° Coïncidence. Peu probable, car ces coïncidences deviennent trop nombreuses, parce qu'il y a des signes concomitants de syphilis de l'axe cérébrospinal, parce que enfin on ne voit pas pourquoi la maladie de Charcot échapperait plutôt que les autres amyotrophies à l'action de la syphilis.

2° Possibilité d'une maladie d'Aran Duchenne avec lésions latérales simulant la maladie de Charcot. Mais alors, cette dernière n'aurait plus qu'à disparaître du cadre nosologique. Elle se confondrait avec les autres amyotrophies.

3° La syphilis n'agirait que comme cause occasionnelle chez un sujet offrant une prédisposition morbide du neurone, ainsi que Marinesco en avait émis l'hypothèse.

4° Méningo-myélite luétique, simulant la sclérose latérale amyotrophique par suite de la localisation spéciale des lésions.

L'auteur se rallie à cette dernière hypothèse. Mais alors, comment fera-t-on le diagnostic avec la maladie de Charcot? Pratiquement ce diagnostic ne pourra se faire en effet par les signes cliniques. Il ne pourra se faire que par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Cet examen fera découvrir les altérations habituelles de la lues lorsqu'il s'agira de troubles d'origine syphilitique ; ces altérations feront défaut en cas de sclérose latérale amyotrophique pure.

BELGODERE.

Considérations sur un cas de pemphigus vulgaire bénin avec évolution finale en pyodermite végétante de Hallopeau, par Felice BERNUCCI (Clinique dermo-syphiligraphique de l'Université royale de Turin, dirigée par le professeur E. BIZZOZERO). *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1408, 4 figures et bibliographie.

C'est une dermatose rare que la pyodermite végétante de Hallopeau, puisqu'on n'en compte qu'une quarantaine de cas dans la littérature et dont beaucoup sont très discutés.

L'auteur en rapporte un cas chez une femme de 71 ans, qui succédait à un pemphigus vulgaire bénin. Les lésions commençaient par l'apparition de bulles, qui guérissaient en laissant des taches plus ou moins pigmentées. A la périphérie de ces taches, apparaissaient des végétations papillomateuses, sèches, cornées, verruqueuses, ou bien une série d'éminences mamelonnées, serrées les unes contre les autres et séparées entre elles par des sillons. Les cultures permirent d'incriminer le staphylocoque blanc et le staphylocoque doré.

A quelle cause doit-on rapporter cette évolution particulière végétante ? Faut-il incriminer le germe ? Ou le terrain?

Des recherches faites par B., il semble résulter que le germe est un facteur indispensable. En effet, 1° la présence du staphylocoque blanc ou doré était constante dans toutes les lésions récentes ou anciennes ; 2° L'inocution sur la malade avec des cultures provenant de ses propres lésions reproduisait le même processus pathologique ; 3° Avec des staphylocoques d'autre origine l'inoculation donnait des résultats différents : érythème et abcès.

Mais d'un autre côté, l'inoculation avec des cultures provenant de la malade sur d'autres sujets, au lieu de reproduire la dermatose, provoquait des abcès. Ce qui montre que le terrain joue aussi son rôle. Il y aurait une sorte de sensibilisation de l'organisme déterminée par le staphylocoque lui-même, qui expliquerait cette évolution spéciale. La même hypothèse pourrait s'appliquer à d'autres dermatoses bulleuses bénignes.

Chez la malade de B. il est vrai, le sérum n'agglutinait pas le staphylocoque, mais les recherches de Mantegazza et de Bizzozero ont montré que cette agglutination n'avait lieu que quand l'infection était profonde et qu'elle manquait quand le germe était localisé à la peau.

BELGODERE.

Les nodosités juxta-articulaires de Jeanselme. Etiologie, clinique, anatomie pathologique, par Giuseppe SANNICANDRO. Travail de la clinique dermosyphiligraphique de Bari, dirigée par le professeur MARIANI. *Giornale italiano di dermatologia et sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1418, 8 figures.

Revue générale de la question. On s'accorde généralement à reconnaître à ces tumeurs une origine spirochétosique, pour les raisons suivantes : extraordinaire fréquence de la syphilis ou du pian chez les sujets atteints de cette lésion ; coexistence d'autres manifestations de l'une ou de l'autre de ces infections; pourcentage élevé de B.-W. positif chez des sujets qui n'ont pas d'autres manifestations que ces nodosités ; présence de spirochètes constatés par l'imprégnation argentique, soit dans le tissu des nodosités soit dans le liquide qui s'en écoule ; bons résultats de la médication arsenicale, qui amène la guérison.

D'autre part, ces nodosités ont été observées chez des sujets qui n'ont jamais quitté l'Europe, et pour lesquels l'étiologie pianique ne peut donc être invoquée (cas de Goodmann à New-York, février 1920 ; cas de de Quervain à Berne, 1920 ; Weber, Angleterre, 1920 ; Malonay, Autriche ; Truffi, Italie, 1923 ; Gougerot et Le Coniat, France, 1924 ; Jeanselme, France, 1925 ; Sparacio, Italie, 1926 ; Jessner, Allemagne, 3 cas ; Olessow, Russie, 3 cas, 1927). Donc, il est incontestable que ces nodosités peuvent être occasionnées par la syphilis seule.

Aux cas déjà connus, l'auteur ajoute un nouveau cas personnel, observé à Bari sur un portefaix de 48 ans, atteint de syphilis à l'âge de 20 ans, et présentant des signes d'aortite. Il en fait une étude clinique et histologique.

Il existe en tout 21 cas publiés de nodosités de Jeanselme observés dans les régions où le pian ne peut être incriminé. Tous les sujets avaient eu la syphilis, la plupart avaient une réaction de Wassermann positive, ou des stigmates concomitants de syphilis, et le traitement spécifique donna chez ces malades de bons résultats.

L'examen histologique n'a pu mettre en évidences des tests utiles pour le diagnostic.

La pathogénie est obscure. Certains ont invoqué une propriété spéciale du germe, à virulence atténuée et possédant ainsi des propriétés fibroblastiques, chez des sujets exposés à des traumatismes répétés. D'autres ont incriminé un terrain spécial, une prédisposition fibrotique.

Au point de vue du diagnostic, il importe de pouvoir distinguer les nodosités pianiques et celles dues à la syphilis, encore que la question ne se pose que sous les tropiques. Le signe différentiel qui semble le meilleur, c'est que les spirochètes sont fréquents et nombreux, tant sur les coupes que dans le liquide en cas de lésion pianique. Au contraire, en cas de lésion syphilitique, ils sont rares et peu nombreux.

Le diagnostic est encore à faire avec :

Les *synovites* (début plus précoce, infiltrations sous-cutanées vari-

queuses, adhérentes aux tendons, périostites et arthralgies souvent concomitantes, localisations aux extenseurs des mains et des pieds.

Les *bursites*, reconnaissables à leur siège et à leur évolution (ouverture, fistulation).

Les *concrétions calcaires sous-cutanées*, plus fréquentes chez les femmes, apparaissent dans la jeunesse, ont un siège initial variable et se généralisent bientôt à tout le corps, elles sont opaques aux rayons X.

On devra penser aussi aux *sarcoïdes sous-cutanées*, au *tuberculome hypodermique fibreux* de Gougerot, aux nodules de la *goutte*, aux nodosités de l'*acrodermatite*, aux nodules du *rhumatisme noueux, etc.*

Abandonnées à elles-mêmes, ces nodosités s'ulcèrent parfois, mais ne se résorbent jamais spontanément. La cure spécifique (arsenic, mercure, bismuth) peut donner un résultat rapide, mais quelquefois lent, par suite du développement d'une enveloppe fibreuse.

Il peut même arriver que le tissu fibreux laisse un nodule persistant rebelle à l'action thérapeutique. BELGODERE.

Un cas rare de trichophytie superficielle atrophiante, par Karel PROCHAZKA, assistant à la clinique dermo-syphilopathique de Prague. Travail de la Clinique dermo-syphilophatique de l'Université de Rome, dirigée par le professeur BOSELLINI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1433, 3 figures, bibliographie.

Les trichophyties et microspories se manifestent habituellement sur la peau par des altérations inflammatoires d'intensité variable. Les formes purement superficielles avec inflammation nulle ou insignifiante se rencontrent le plus souvent aux annexes de la peau, c'est-à-dire aux cheveux et aux ongles. Sur la peau, le *microsporon furfur* et le *minutissimum* sont la cause de formes superficielles. Récemment cependant, on a décrit des cas où même ces variétés de trichophyton, qui jusqu'alors étaient considérées comme occasionnant seulement des formes profondes, pouvaient aussi déterminer des lésions superficielles avec inflammation nulle ou très légère. L'auteur rappelle les publications de Pautrier et Rietmann sur une épidémie de cas semblables observée à Strasbourg, due au *trichophyton gypseum*.

C'est un cas du même genre dont il rapporte l'observation. Chez un homme de 42 ans, atteint de néphrite avec albuminurie, apparurent aux aisselles et à la face interne des bras, des plaques figurées desquamantes, qui envahirent également les régions inguino-crurales et peu à peu, ces lésions se généralisant formèrent des plaques figurées desquamatives sur tout le tronc. Des lésions des ongles s'observèrent aussi aux mains et aux pieds. L'aspect des lésions était variable. Aux aisselles : plaques sèches avec légère desquamation, centre blanchâtre, périphérie limitée par un relief papuleux brun rougeâtre. Aux bras : peau sèche, rude, très amincie, et formant des plis ; desquamation imbriquée se détachant en fines lamelles ; couleur brun rougeâtre. Aux mains, peau épaissie, hyperkératosique, avec sillons accentués, couleur cyanotique.

Ces lésions guérirent par des applications de pommade à la chrysarobine et de pommade soufrée salicylée. Mais la pigmentation persista et l'état atrophique de la peau ne se modifia pas.

L'examen bactériologique révéla la présence de filaments composés de courts mycéliums, à ramifications peu fréquentes. Les cultures sur milieu liquide (Sabouraud) montrèrent au bout de quatre à cinq jours, de fins filaments et par la suite la formation de spores en fuseaux, et, plus tard, une fructification en « grappe ». Les cultures sur milieu solide montrèrent le développement de colonies dont le centre devenait blanc, cette couleur s'étendant ensuite à la périphérie. Les caractères macro et microscopiques permirent d'identifier le *trichophyton microides gypseum (asteroides)*.

L'examen histologique de la peau, prise dans la zone atrophique du bras, montra un épaississement du *stratum cornéum*, et au contraire, l'atrophie, la disparition presque complète du stratum papillaire dans sa partie collagène.

Ce cas rentre bien dans la catégorie des cas signalés par Pautrier : variété de trichophytie très superficielle, bénigne, sans réaction inflammatoire, mais remarquable par sa généralisation et par l'atrophie cutanée qui s'en est suivie en certains points.

Comment expliquer cette atrophie? On observe bien des atrophies de la peau après des lésions inflammatoires (lèpre, syphilis, lupus érythémateux, etc...) surtout dans les processus inflammatoires à évolution lente atténuée, car les processus aigus aboutissent plutôt à l'ulcération. On observe aussi des atrophies de la peau dans les maladies mycotiques, par exemple dans le favus, mais il s'agit là d'une atrophie cicatricielle.

D'après l'auteur une semblable atrophie ne peut s'expliquer que par une action atrophiante de la toxine trichophytique. Peut être faut-il aussi faire intervenir le terrain, l'œdème de la peau chez ce sujet atteint de néphrite chronique, et aussi une fragilité particulière des capillaires sanguins. BELGODERE.

Sur la réactivation de la réaction de Wassermann au moyen d'injections de protéines aspécifiques, par Giuseppe CASCIO ROCCA. Travail du dispensaire dermo-syphilopathique de l'Hôpital civil de San Saverio de Palerme, dirigé par le professeur CIPOLLA. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia,* vol. LXVIII, fasc V, octobre 1927, p. 1443.

Depuis le mémoire initial de Milian en 1911, la réactivation a fait l'objet de nombreuses discussions et de nombreuses recherches. Si quelques auteurs en contestent la valeur, la plupart cependant lui reconnaissent un intérêt pratique certain. Le phénomène de la réactivation a été étudié, non seulement au point de vue de l'influence des substances antiluétiques, mais aussi de substances très variées : injections de lait, de bromure, de radium, de vaccin anti-typhique, de glucose, par l'autohémothérapie, par l'hétéro-protéinothérapie, etc... On l'a étudié aussi dans les états pathologiques et on a constaté que beaucoup de maladies, fébriles et non fébriles provoquaient la réactivation.

L'interprétation du phénomène est encore très discutée et a suggéré

des hypothèses très variées. Wassermann, qui considérait sa réaction comme une réaction d'immunité, pensait qu'il existait dans le sérum luétique, un anticorps dit « substance de Wassermann » qui agissait contre les lipoïdes dérivés d'altérations cellulaires provoquées par l'infection luétique. Cet anticorps lipoïdique était capable de se fixer sur les lipoïdes de l'extrait employé pour la réaction.

Cette conception s'est trouvée ébranlée par l'opinion émise par quelques auteurs que la réaction pouvait être provoquée par des protéines seules, sans intervention de lipoïdes. Un Allemand, Félix Klopstock, expérimentant sur des lapins à réaction de Wassermann négative, avait pu, au moyen d'injection de lait, obtenir la réaction de Wassermann positive avec quatre ou cinq injections, et il en concluait que les protéines, comme les lipoïdes, pouvaient provoquer l'arrêt de l'hémolyse.

L'auteur a fait sur ce point diverses expériences de contrôle, dont il rapporte les résultats.

Il a pratiqué d'abord des injections de lait sur trois groupes d'individus : syphilitiques latents traités, latents non traités, syphilitiques héréditaires. La proportion globale des cas de réactivation a été de 36,6 o/o, proportion très inférieure à celle obtenue par les auteurs qui ont fait les mêmes recherches avec l'arsénobenzol et ont obtenu jusqu'à 90 o/o de réactivation. Mais, avec les injections de lait, on note une précocité plus grande de la réactivation, qui apparaît en général 3 à 6 jours après l'injection.

Un quatrième groupe comprenait 50 sujets indemnes de syphilis qui recevaient des injections de lait pour diverses affections. Chez aucun de ces sujets on n'a vu apparaître de réaction de Wassermann positive, résultat en contradiction avec ceux de Félix Klopstock, mais conforme à ceux d'autres expérimentateurs.

Ce fait démontre aussi que les injections de protéine n'influent en rien sur la spécificité de la réaction de Wassermann, puisque, chez des sujets non luétiques, elles ne peuvent faire apparaître cette substance spéciale qui, dans le sérum des syphilitiques, a la propriété d'inhiber l'hémolyse. BELGODERE.

Stabilité des suspensions de calomel injectable dans l'agar-agar, par Mariano MESSINI. Travail de l'Institut de pharmacologie de l'Université de Padoue, dirigé par le professeur SABATTINI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1453.

L'auteur a expérimenté comme véhicule des suspensions de calomel une solution d'agar-agar et s'en montre très satisfait.

Trois expériences : 1° Dose uniforme de calomel, dans une série de tubes contenant des solutions d'agar-agar à doses croissantes de 0,01 à 0,20 o/o. La suspension du sel est manifeste et persiste longtemps surtout à partir de 0,08 o/o ; 2° Dose uniforme d'agar-agar (0,01 o/o) et dose croissante de calomel. On constate que plus la dose de calomel est faible et plus la suspension est prolongée ; 3° Comparaison de quatre tubes, contenant, à concentration égale de calomel (10 o/o)

de l'huile de vaseline, de l'huile d'olive, de la gomme arabique à 1 o/o, de l'agar-agar à 0,1 o/o. Le calomel entre en suspension beaucoup plus vite dans l'agar-agar. Les solutions d'agar-agar seul, injectées aux animaux, se sont résorbées facilement et n'ont occasionné aucune irritation. Les suspensions de calomel dans l'agar-agar, employées en injections, n'ont occasionné que les phénomènes de réaction locale habituels.

Il semble qu'il y ait, non seulement une question de densité, mais un phénomène physique d'adhérence entre les particules colloïdales de l'agar-agar et les grains de calomel ; en effet, si l'on prélève la partie surnageante de la solution au-dessus du calomel, et qu'on fasse le titrage de la solution par la méthode habituelle de titrage des matières organiques par le permanganate on constate une diminution des deux tiers des propriétés réductrices par comparaison avec une solution d'agar-agar de même teneur, mais ne contenant pas de calomel.

Belgodere.

Acta Dermato-Venereologica (*Stockholm*).

Sur l'urticaire pigmentaire et le problème des Mastocytes (Ueber urticaria pigmentosa u. das Mastzellen-Problem), par E. Schafer. *Acta Dermato-venereologica*, vol. VIII, fasc. 3, septembre 1927, p. 161.

Après avoir rappelé le tableau clinique et histologique de l'urticaire pigmentaire, Sch. apporte trois observations personnelles (deux enfants et un adulte). La maladie débuta à deux resp. à 6 mois. Chez un des enfants l'exanthème était visible le jour de la naissance. L'éruption était accompagnée d'un suintement respectivement d'une éruption de vésicules, lésions observées déjà dans cette maladie. Les enfants présentèrent des troubles gastriques et l'adulte une affection de la vésicule biliaire.

L'examen histologique montra un infiltrat sous forme de tumeur, infiltrat composé de mastocytes (Mastzellen). La fonction et l'origine de ces dernières cellules restent encore obscures, mais on peut dire que leur formation et leur fonction dans la peau de sujets atteints d'urticaire pigmentaire sont très stimulées et entretenues.

Olga Eliascheff.

Etudes complémentaires sur les télangiectasies généralisées avec résultats du traitement par les rayons ultra-violets et les émanations de Thorium X (Further Studies on generalized Telangiektasia with results of treatment by ultra-violet Rays and Thorium-X Emanation), par S. W. Becker. *Acta dermato venereologica*, vol. VIII, fasc. 3, septembre 1927, p. 118.

L'auteur, après une étude très approfondie de la bibliographie sur les télangiectasies essentielles, apporte neuf cas personnels de cette maladie et arrive aux conclusions suivantes : il existe dans cette maladie une anomalie congénitale des systèmes vasculaire, vasomoteur et endocrinien avant l'apparition de ces télangiectasies généralisées, mais il existe aussi d'autres anomalies congénitales.

Les femmes sont deux fois plus exposées que les hommes, cela est dû à leur système nerveux moins résistant et aux altérations plus fréquentes et profondes de leur fonction endocrinienne (menstruation, grossesse). Ces lésions apparaissent ordinairement à l'âge de 20 à 30 ans. Dans tous les cas observés par B. il a trouvé la cause ; il la divise cliniquement en : 1° infectieuse ; 2° endocrinienne ; 3° mécanique ; 4° toxique et 5° névropathique, mais tous ces facteurs peuvent exister en même temps.

On trouve histologiquement un œdème avec dilatation des vaisseaux du derme superficiel et un infiltrat modéré de cellules rondes périvasculaire et périfolliculaire. Le tissu élastique fait presque complètement défaut dans cette région.

L'auteur considère comme traitement le plus efficace les émanations de thorium X (excellent résultat dans un cas). Les rayons ultraviolets et les sinapismes ne produisent qu'une oblitération partielle des vaisseaux dilatés. OLGA ELIASCHEFF.

Rousski Westnik Dermatologuii.

Du mécanisme du développement de la gangrène après injections de préparations mercurielles et bismuthées, par KOGÉVNIKOFF (Rostov-sur-Don). *Rousski Vesnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, pp. 929-951.

De toutes les opinions relatives à la question, c'est celle du professeur Nikolsky que l'auteur estime la plus plausible. En 1905, Nikolsky a conclu que le médicament est accidentellement injecté dans la lumière d'une artère et provoque par irritatation une inflammation intense de l'endothélium qui se détruit en formant une thrombose des artérioles et capillaires, ce qui explique l'œdème, les hémorragies et la gangrène des tissus, nourris par l'artère intéressée. Cette théorie est ignorée par la plupart des auteurs quoiqu'elle ait été publiée en français. Pour la vérifier, l'auteur a fait depuis 1922 des expériences sur des animaux chez qui il injectait diverses préparations hydrargyriques et bismuthées dans l'artère fémorale et auriculaire. Il a fait en tout 175 injections, dont 38 de contrôle, tantôt sans ligature, tantôt avec ligature des artères injectées. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : l'injection des composés mercuriels ou bismuthés dans l'artère provoque des troubles intenses de circulation dans la région nourrie par l'artère donnée. L'injection des sels mercuriels solubles avec ligature simultanée de l'artère injectée amène dans la plupart des cas une gangrène des tissus nourris par cette artère. La gangrène est moins fréquente, si la ligature n'est pas faite. Les sels mercuriels ou bismuthiques insolubles injectés dans la lumière artérielle produisent toujours une gangrène. La gangrène expérimentale des animaux est tout à fait analogue à la gangrène profonde de la fesse décrite par les auteurs et survenant chez l'homme après des injections hydrargyriques et bismuthiques. La théorie du professeur Nikolsky expliquant la gangrène par l'injection fortuite dans l'artère

a été confirmée par les expériences sur les animaux. Il faut admettre l'existence des formes abortives de la gangrène que l'on a reproduites sur des animaux. On constate un parallélisme entre les propriétés physico-chimiques des sels mercuriels solubles, en particulier entre le degré de la dissociation électrolitique de leurs solutions et l'intensité des troubles provoqués. L'injection des préparations dans la lumière de l'artère auriculaire du lapin est une bonne méthode pour étudier leur action locale. BERMANN.

A propos des relations réciproques de la réaction de Wassermann et des réactions de précipitation (Sachs-Georgi et Meinicke) dans le séro-diagnostic de la syphilis, par IERMILOFF, WASSILIEWA PEKKER et SINELNIKOFF (KHARKOW). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9 app., novembre 1927, pp. 160-170.

Dans les examens de 28.134 sérums sanguins examinés pendant 5 ans 1/2 dans trois Instituts de Kharkow, les auteurs ont trouvé une coïncidence du Bordet-Wassermann avec les réactions de précipitations dans 92,3-95,4 o/o des cas. Le Bordet-Wassermann coïncide avec le Sachs-Georgi dans 82-95,6 o/o, avec le Meinicke dans 90,8-95,85 o/o. Le Sachs-Georgi et le Meinicke coïncident dans 94-92-97,28 o/o. Ces chiffres n'ont qu'une valeur relative, car ils expriment les relations de ces réactions dans les conditions individuelles où elles ont été faites, et dépendant d'une foule de causes. Le facteur principal influençant le chiffre de concordance du Bordet-Wassermann et des réactions de précipitation, est tout d'abord la réaction de Wassermann elle-même, soit dans les détails de son exécution, soit dans les propriétés et le mode de préparation des extraits alcooliques employés. Ensuite il faut considérer la fréquence de changement des extraits alcooliques surtout dans les précipito-réactions, où, avec leur préparation variée, on n'a aucune garantie de les avoir toujours de la même sensibilité réactive. Finalement la concordance du Bordet-Wassermann avec les précipito-réactions, est liée au caractère du matériel syphilitique examiné. Ainsi, la sensibilité plus grande des précipito-réactions dépend de la nature de la marche des réactions, c'est pourquoi on pourra parler de la concordance totale (100 o/o) du Bordet-Wassermann avec les précipito-réactions seulement au moment où l'instabilité des émulsions dans le Bordet-Wassermann et les précipito-réactions égalisée, garantirait au même degré le début de la formation des flocons et la déviation du complément. Or, le dernier indicateur biologique a une limite à son activité qui ne permet pas dans la pratique d'opérer, dans les émulsions instables, avec le complément. Il y a donc une limite de sensibilité pour toutes les réactions, mais elle est plus vaste pour les réactions de précipitations qui peuvent empiéter sur les affections non spécifiques. La clinique reste le seul juge décidant la question de l'utilité de l'expertise sérologique pour le diagnostic de la syphilis même au cas, où cette expertise est faite selon toutes les règles de la science sérologique. BERMANN.

Contribution au diagnostic de la blennorragie à l'aide des injections

intra-cutanées des filtrats et centrifugats gonococciques, par Leibreyde, Soutkowa et Toukhenide (Kharkow). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, pp. 173-178 (app.).

Se basant sur des données bibliographiques et les recherches spersonnelles sur 75 cas de blennorragie compliquée (aiguë et chronique) et 30 cas de personnes exemptes de blennorragie, servant de contrôle, les auteurs concluent : La réaction intracutanée d'après Herold est une preuve nouvelle de la nature toxique générale de la blennorragie. L'aptitude réactive de la peau du non blennorragique et du blennorragique permet de ranger la gonotoxine parmi les exotoxines (par analogie avec la réaction de Schick dans la diphtérie). L'extinction de la positivité de la réaction cutanée avec le développement de la blennorragie et sa réapparition chez les convalescents caractérise le type passager et humoral de l'immunité dans la blennorragie. Au point de vue clinique, les injections intracutanées des filtrats et centrifugats gonococciques sont un des moyens du diagnostic de la blennorragie. Chez les bien portants la peau réagit positivement au filtrat introduit. Chez les blennorragiques dans les 2-3 premières semaines et dans les catarrhes agonococciques, la réaction correspond à la peau normale. Dans la blennorragie aiguë compliquée et dans la forme chronique avec gonocoque dans la sécrétion la réaction manque. Elle oscille d'intensité dans les autres formes du processus blennorragique. Par conséquent, l'intensité de la réaction permet jusqu'à un certain degré de juger du caractère du processus. Dans les cas douteux, la réaction est ntile pour établir un diagnostic. Au cours du traitement, elle permet de juger du succès thérapeutique. Bien et régulièrement faite, la réaction ne donne aucune complication et n'inquiète nullement le malade. Les recherches ultérieures sur l'immunité, la prophylaxie et la sérothérapie de la blennorragie sont nécessaire.

Bermann.

Contribution à l'étude de la kératodermie maculeuse disséminée symétrique palmaire et plantaire, par Mme A. Gram (Kieff). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, pp. 914-921.

Après un bref aperçu bibliographique, l'auteur décrit 2 cas de cette affection chez une jeune femme de 30 ans et chez son père de 67 ans. L'affection est familiale et s'est observée dans trois générations, chez les représentants des deux sexes. La maladie est chronique et se développe habituellement à 25-26 ans. L'affection a atteint, outre les deux membres de la famille, la sœur et le frère du malade de 67 ans, et son fils mort de typhus exanthématique. Pas de modifications du côté du système nerveux et endocrine. Pas d'infection chronique. Chez le père, à part la kératodermie, on trouve des cônes cornés. Histologiquement, on trouve une hypertropie de la couche cornée. Les limites des couches épidermiques sont effacées. Les papilles sont altérées. Le derme présente des phénomènes d'inflammation légère. Les glandes sudoripares ne sont pas altérées, de même que les faisceaux élastiques. L'auteur pense qu'il s'agit d'une anomalie héréditaire de la couche cornée mise en scène par des causes exo-ou endogènes incon-

nues. Il est possible, que le fait de couper aux ciseaux les éléments cornés a contribué à leur prolifération abondante dans le deuxième cas. BERMANN.

La réaction de Bordet-Gengou dans la blennorragie et son changement dans la vaccino-et-protéinothérapie, par LEIBFREYDE et TOUKHCHNIDE (Kharkow). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, pp. 179-185 (appendice).

Se basant sur l'étude de 700 sérums, les auteurs concluent que dans 60 o/o des cas de blennorragie elle est positive. Chez des personnes exemptes de blennorragie elle est presque toujours négative. La difficulté de l'appréciation de la réaction est liée au caractère particulier de l'affection qui est, selon les cas, une infection locale ou générale. L'intensité de la réaction dépend de la forme du processus gonococcique. Le plus clairement, la réaction est exprimée dans urétrites chroniques recrudescentes, avec ou sans complications. Ensuite vont les spermatocystites et les épididymites. La réaction est inconstante et non caractéristique dans les épididymites et arthrites chroniques et dans les processus superficiels. Les oscillations de la réaction sont plus exprimées dans la vaccination intraveineuse que dans la thérapie intramusculaire par les vaccins et les protéines. Les antigènes à souches plus nombreuses donnent une réaction plus nette, toutes choses égales ailleurs. La valeur pratique de la réaction doit être basée sur l'étude ultérieure du matériel clinique avec méthode égale de préparation des composés servant à la réaction. BERMANN.

Les dermatites professionnelles par le tartre stibié chez des ouvriers textiles, par CÉLISSKY (Moscou). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, pp. 952-956.

L'auteur a observé des dermatites professionnelles très fréquentes chez des ouvriers occupés à la fabrication des cotons imprimés. La solution de tartre stibié à 0,35 o/o est employée pour fixer les couleurs fondamentales. En général, l'affection débute dans les deux premières semaines de travail et consiste en des nodules prurigineux, correspondant aux follicules et se transformant en pustules. Localisation : les avant-bras, moins la face dorsale des poignets. Les pustules ont des dimensions variées et sont entourées d'une bordure inflammatoire. Les cicatrices sont souvent pigmentées. Les récidives sont fréquentes. L'auteur estime que c'est l'acide tartrique mis en liberté au cours du lavage des tissus qui cause les dermatites. Le tableau histologique n'a rien de spécifique. Pour neutraliser l'acide, l'auteur a proposé d'ajouter de la craie à la solution, ce qui a fait cesser les dermatites. Les changements brusques de temps augmentaient toujours le nombre des cas de dermatites. BERMANN.

Contribution au diagnostic de la syphilis héréditaire latente dans le bas-âge par la composition morphologique du sang, par GUEFTE (Gitomir). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, pp. 921-928.

L'auteur a fait 115 examens de sang chez 80 enfants non traités

âgés de 10 jours jusqu'à plus de 3 ans. Chez 67 le père et la mère ont été malades Il y avait 15 enfants ayant des accidents spécifiques. Chez 8 le Bordet-Wassermann a été positif. Se basant sur ses recherches, l'auteur conclut : chez les hérédo-syphilitiques et les enfants provenant de parents syphilitiques, on observe une diminution des érythrocytes, un abaissement du pourcentage d'hémoglobine et une augmentation de l'index colorimétrique. En outre, on constate une leucocytose modérée et dans la formule leucocytaire une lymphocytose. Avec le traitement le sang redevient normal. L'auteur conclut à une anémie infectieuse syphilitique chez les hérédos. L'examen morphologique du sang mérite d'être recherché chez les enfants suspects de syphilis, car la présence d'hypoglobulie, d'hyperchromie et de lymphocytose associée à d'autres symptômes permet d'établir le diagnostic d'hérédo-lues dans le bas-âge. BERMANN.

Contribution à l'étude de la valeur de la réaction intra-cutanée de gonotoxine dans la blennorragie féminine, par KARYCHEWA et WELENTEY (Kharkow). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 9, novembre 1927, app. pp. 187-193.

Se basant sur 140 inoculations dont 8 faites à des médecins, les auteurs concluent. La réaction cutanée avec la gonotoxine est spécifique et est un grand succès dans le diagnostic et le critère de la curabilité de la blennorragie. Chez des personnes bien portantes elle est positive dans 95 o/o des cas. La réaction cutanée coïncide avec celle de Bordet dans 66 o/o des cas de blennorragie aiguë et dans 90 o/o dans la forme chronique. Dans les formes compliquées et traînantes avec réaction faible des tissus et la présence d'anticorps dans le sang, surtout chez les prostituées, on ne trouve pas de corps antitoxiques. La présence de la substance antitoxique libre est un fait qui est prouvé par la neutralisation *in vitro* par un chauffage à 100° et par les sérums spécifiques. BERMANN.

Venerologuja i Dermatologuja.

Sur la spirochétose spontanée des lapins, par S. S. ORLOFF et S. M FRIED· *Venerologuja i Dermatologuja*, n° 10, octobre 1927, p. 965.

Contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs (Klarenbeck, Clément Simon et d'autres) O. et F. considèrent que la spirochétose spontanée du lapin peut être facilement différenciée, cliniquement, histologiquement et sérologiquement de la syphilis expérimentale du lapin. Les auteurs ont examiné 640 lapins malades de deux sexes âgés de 1 à 2 ans. 7 o/o présentèrent des lésions multiples, quelques-uns jusqu'à 15 soit aux parties génitales soit sur différents endroits du corps, 3,5 o/o avec une adénopathie régionale, adénopathie contestée par l'école française. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi pratiquées avec le sérum de 118 lapins ne furent fortement positives que dans un seul cas ; dans 48 o/o des cas les réactions furent complètement négatives et faiblement positives dans le reste des cas. Les réactions furent, au contraire, positives chez tous les lapins atteints

de syphilis en activité : dans 55 o/o réactions fortement positives, dans les autres cas faiblement positives.

Les auteurs ne considèrent pas la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien comme spécifique dans la spirochétose *cuniculi*, ils attribuent cette augmentation de cellules aux différentes infections secondaires.

Le 914 et le novosalvarsan (préparation russe) amenèrent la guérison de la spirochétose *cuniculi* à la dose de o gr. 16 par kilogramme de poids. Pas de récidives depuis 5 mois. Le même résultat a été obtenu par les préparations russes de bismuth à la dose de o gr. 075 par kilogramme. OLGA ELIASCHEFF.

Clinique, histopathologie et thérapie du sycosis non parasitaire du point de vue des expériences récentes sur l'immunité de la peau, par R. BRAOUDET et M. SARCHI. *Venereloguja i Dermatologuja*, nº 10, octobre 1927, p. 929, 10 figures.

Après une revue de la bibliographie sur le sycosis non parasitaire, les auteurs communiquent les résultats de leurs recherches sur 42 sujets atteints de cette maladie. Le traitement consista en injections intradermiques d'autovaccin, lesquelles donnèrent 88 o/o de guérisons complètes. Ce procédé, susceptible à augmenter la résistance de la peau vis-à-vis de l'infection, est supérieur aux injections dans le foyer même ou au pourtour des lésions, procédé peu commode et plus douloureux. Les doses moyennes employées par les auteurs varient de o gr. 20 à 1 gr. 50 par injection tous les 2-3-5 jours, en tout 10, 12 injections. L'application locale du filtrat de vaccin, d'après la méthode de Besredka, resta sans résultat. Histologiquement le processus se localise au pourtour des follicules, dans leur tiers supérieur. Le processus inflammatoire descend très rarement plus profondément. Olga ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'action du paludisme sur le cours de la blennorrhagie, par S. TER-GASPARJAN. *Venerologuja i Dermatologuja*, nº 10, octobre 1927, p. 960.

L'auteur a observé 114 sujets atteints de paludisme et de blennorhagie aiguë, subaiguë et chronique. Le paludisme provoqua dans toutes ces formes de blennorhagie une aggravation de la maladie, surtout sous forme de complications, (sur 114 malades, 223 complications). Il empêcha en outre la guérison complète (23 malades seulement guéris) et abrégea la durée de l'incubation.

Olga ELIASCHEFF.

LIVRES NOUVEAUX

Cliniques dermatologiques, par L. Brocq (2e série), in-8° de 660 pages. Masson et Cie, éditeurs, 1927.

Les nécessités de l'édition avaient initialement amputé le manuscrit des *Cliniques dermatologiques* de M. Brocq de près de moitié et l'avaient réduit à un seul volume, paru en 1924 et dont nous avions rendu compte ici-même. MM. Masson et Cie ont eu l'heureuse idée de réparer cette amputation et viennent de publier le second volume qui nous offre 58 leçons cliniques nouvelles dont 37 n'avaient encore jamais été publiées.

Nous avions déjà dit en analysant le premier volume combien nulle part peut-être, plus que dans ces leçons cliniques, on ne pouvait prendre idée de ce qu'a été l'enseignement merveilleux de M. Brocq tout de clarté, de logique, d'analyse minutieuse des faits, et appuyé sur la plus vaste documentation et sur la plus large expérience personnelle. Ses qualités d'exposition, l'art unique avec lequel il sait évoquer et faire vivre sous nos yeux le malade dont il nous décrit l'affection, sa façon toute personnelle d'en faire non pas une abstraction, prétexte à une description générale, mais un cas concret dont il étudie devant nous tous les facteurs individuels et en tire les conclusions thérapeutiques appropriées, tout cela donne l'impression de la vie même, et de la visite au lit du malade.

Ce n'est pas que M. Brocq se confine à l'étude purement objective de la dermatologie et qu'il répugne à recourir à la théorie. Mais il ne le fait jamais sous une forme hasardeuse ou stérile, ou par amour de la généralisation prématurée. Chacune de ses théories se propose toujours de mieux comprendre les faits, d'en exposer le mécanisme de façon plus précise et de tenir compte d'une façon rigoureuse des aspects objectifs observés ; loin de nous conduire à des hypothèses stériles elle s'efforce au contraire de marquer scrupuleusement la limite entre ce que l'on peut tenir pour certain et ce qui est encore du domaine de l'inconnu ou du mal connu.

On pourra s'en convaincre en lisant sa préface sur « Les causes des divergences de vues qui existent entre les auteurs à propos de la conception des dermatoses » : méconnaissance de la valeur réelle en nosologie des syndromes objectifs et des syndromes cliniques ; beaucoup d'auteurs les considèrent comme constituant des entités morbides vraies. Tendance à attribuer toutes les manifestations morbides qui peuvent exister en un même moment chez un sujet à une seule et même maladie. Méconnaissance des dermatoses complexes ou mixtes. Tendance à n'incriminer qu'une seule et unique étiologie pour expliquer la genèse d'un syndrome clinique. Méconnaissance de la valeur réelle des faits de passage qui existent entre les divers types morbides. Tendance naturelle de l'esprit humain à échafauder prématurément de grandes généralisations et à vouloir simplifier les conceptions.

Il y a là tout un chapitre plein de sagesse, d'expérience, de claire philosophie que tous les dermatologistes devraient bien méditer, qui nous rendrait plus prudents et éviterait bien des malentendus et des hypothèses hasardeuses.

Reprenant sa conception générale des dermatoses envisagée surtout au point de vue de la précision du diagnostic, M. Brocq rappelle que l'étude de la dermatologie doit se faire suivant les quatre stades suivants :

Premier échelon : les lésions élémentaires.

Deuxième échelon : les syndromes objectifs, qui seuls nous permettent de définir les lésions cutanées auxquelles nous ne connaissons pas encore d'étiologie précise

Troisième échelon : les syndromes cliniques, constitués par l'adjonction aux syndromes objectifs des autres symptômes : phénomènes subjectifs, évolution, etc.

Quatrième échelon : les entités morbides vraies.

On ne saurait suivre de guide plus sûr. Mais précisément parce qu'il a analysé avec un soin méticuleux et avec la plus grande précision les syndromes objectifs des dermatoses à étiologie encore imprécise ou réactions cutanées, M. Brocq a pu se convaincre qu'il n'existe pas, entre les faits cliniques de frontières nettement arrêtées, mais au contraire des traits d'union insensibles. C'est ce qui l'a amené à sa théorie des « Faits de passage » qu'il rappelle et résume dans une de ses cliniques. Je me souviens d'avoir entendu dire à un dermatologiste éminent, aujourd'hui disparu : « Les faits de passage ? connais pas. C'est çà ou çà ». Tous ceux qui ont été habitués à ne pas se payer de mots mais à observer leurs malades sans parti pris savent au contraire combien cette théorie est exacte et en vérifient chaque jour la véracité.

Les cliniques suivantes sont consacrées à l'hygiène de la peau. Les soins esthétiques, les cosmétiques, l'hygiène de la chevelure, les teintures pour les chevaux, domaine délicat où la dermatologie confine à la cosmétique. Quel dermatologiste n'a pas été embarrassé lorsque, consulté par sa clientèle, il lui a fallu se faire une opinion sur la valeur de telle crème, l'utilité de tel massage, l'innocuité d'une teinture, lorsqu'il lui a fallu conseiller une malade que désole une ride précoce, une bouffissure des paupières et qui désire conserver le plus longtemps possible les apparences de la jeunesse ? Si le dermatologiste n'a pas à entrer dans les méthodes et les détails d'application des instituts de beauté, il doit pouvoir servir de guide à ses clientes. Il trouvera des directives utiles et prudentes dans ces différents chapitres qui lui rendront les plus signalés services.

Les cliniques XI à XIX sont consacrées au traitement externe des dermatoses. Les pansements cutanés y sont minutieusement étudiés et M. Brocq ne craint pas d'entrer dans les détails les plus précis et les plus utiles sur le nettoyage, l'aseptie et l'antiseptie de la peau, les excipients et les topiques protecteurs, les topiques actifs des différents types : soufre et ses dérivés, ichthyol et ses succédanés, goudrons de

bois et goudrons de houille, mercure et ses dérivés, nitrate d'argent et collargol. Ses élèves ont toujours admiré la richesse, la variété et la souplesse de sa thérapeutique ; on retrouvera ces qualités au cours de ces différents chapitres.

Une étude des caustiques chimiques, des agents physiques, des méthodes chirurgicales dermatologiques et des procédés dérivés de l'électricité complète cette partie consacrée à la thérapeutique externe. On se souvient que c'est là un sujet qui a déjà fait l'objet de travaux personnels de M Brocq, qu'il fût un des premiers à utiliser en dermatologie la petite chirurgie et les agents physiques et qu'il leur consacra un de ses premiers ouvrages, il y a quelque trente ans.

Une très importante leçon consacrée au traitement des dermatoses par les eaux minérales, sujet difficile et complexe, sera d'une grande utilité à la fois pour le dermatologiste et pour le médecin thermal.

Passant à l'étude d'un certain nombre de dermatoses prises en particulier, M. Brocq consacre 8 cliniques à des entités morbides qui ont fait plus particulièrement l'objet de ses travaux personnels : les lésions pigmentées et velvétiques, stigmates de blennorragie, des fossettes génito-crurales chez la femme, les éruptions érythémato-pigmentées fixes de l'antipyrine dont nous lui devons la connaissance, la dermatose figurée médio-thoracique, et les éruptions papulo-pustuleuses miliaires récidivantes de la face.

Si M. Brocq, au cours de ses travaux, de ses articles originaux et de ses mémoires, a touché à tous les chapitres de la dermatologie, il est cependant quelques-uns d'entre eux qu'il a tout particulièrement étudiés et auxquels son nom restera indissolublement attaché : les lichénifications et les dermatites polymorphes. Il en présente un tableau d'ensemble dans les cliniques suivantes. On ne saurait être trop reconnaissant envers lui de la simplification et de la clarté qu'il a apportées dans ces sujets si compliqués et si difficiles avant qu'il ne nous ait appris à les comprendre, et que regretter que certains dermatologistes étrangers continuent à refuser de s'assimiler ces théories si évidentes et si claires. On relira avec le plus vif intérêt la description des aspects divers que peuvent prendre les lichénifications, suivant les régions du corps atteintes, et la lumineuse et convaincante réfutation des objections faites à la conception des lichénifications.

La clinique sur les dermatites polymorphes non douloureuses est particulièrement importante à lire pour tous ceux qui ont été troublés à plusieurs reprises par l'observation du syndrome clinique érythémato-vésiculo-bulleux évoluant sans douleurs, alors que ce dernier élément fait partie intégrante du type décrit par M. Brocq. Entre ces deux types : le douloureux et le non douloureux, le maître de Saint-Louis voit la même différence qu'entre l'urticaire et le dermographisme : les urticariens sont souvent dermographiques, mais pour constituer l'urticaire vraie il faut le prurit. Toutefois à côté de sa forme douloureuse, M. Brocq admet l'existence de faits rares chez l'adulte, plus fréquents chez l'enfant, où l'éruption ne s'accompagne pas de phénomènes subjectifs douloureux.

Nous ne pouvons malheureusement suivre chapitre par chapitre un ouvrage où tout mérite réflexion et serait à retenir. Bornons-nous donc à signaler des cliniques sur les parapsoriasis (où M. Brocq, comme il l'a déjà fait à Strasbourg tend à séparer le parapsoriasis lichénoïde des formes en gouttes et en plaques et à en faire plutôt un paralichen) le problème des pelades, les alopécies atrophiantes et la pseudo-pelade, la glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue.

L'ouvrage se termine par un ensemble de 12 cliniques entièrement inédites, sur les kératodermies palmaires et plantaires, qui représentent pour nous une heureuse fortune. On sait en effet combien est ardu et touffu ce domaine des kératodermies et combien il est souvent malaisé de s'y reconnaître. Cet ensemble de cliniques forme une véritable monographie consacrée à ce sujet difficile. Après avoir décrit les formes qu'on pourrait appeler symptomatiques : traumatiques, toxiques, parasitaires, syphilitiques, blennorragiques, liées à la lichénification, à l'eczéma, au psoriasis, au lichen plan, etc..., M. Brocq étudie les formes dites essentielles, congénitales ou non et souvent liées dans le premier cas aux érythrodermies congénitales ichthyosiformes qu'il a personnellement étudiées et fait étudier par Langlet dans sa thèse.

Dans cet aperçu trop rapide nous n'avons pu donner qu'une idée bien imparfaite d'un tel ouvrage. Le Maître de la clinique dermatologique française était croyons-nous le seul à pouvoir l'écrire. A une époque où la dermatologie s'oriente, peut-être avec raison, vers l'anatomie pathologique rajeunie et renouvelée, vers l'histo-physiologie, vers la bactériologie, mais où elle a peut-être une fâcheuse tendance à oublier les bases solides de la lésion élémentaire et des syndromes objectifs qui seules lui permettront de s'avancer pas à pas, prudemment et d'éviter la confusion, il est bon qu'un ouvrage de cette sorte vienne nous rappeler que l'étude minutieuse du malade et la thérapeutique qui le soulage ou le guérit restent en dernière analyse notre ultime objectif. On est confondu de voir tout ce que l'analyse clinique soutenue par le plus vaste champ d'observation, éclairée par un sens critique avisé et toujours en éveil a permis de réaliser et qu'au soir d'une vie qui a été si laborieuse et si féconde, M. Brocq puisse encore, pour notre instruction, nous apporter une pareille moisson de documents. Et nous sommes persuadés que ses cartons sont loin d'être vidés ! L.-M. Pautrier.

La transfusion du sang de l'animal à l'homme, par Cruchet et Ragot et Caussimon. Un volume de 106 pages de la Collection de Médecine et de Chirurgie pratique. Masson, éditeur. Paris, 1928. Prix : 12 fr.

En thérapeutique dermatologique, les injections de sang ou de sérum, provenant du malade lui-même, ou empruntées à d'autres sujets, sont de plus en plus utilisées dans le traitement de nombreuses affections. Un jour viendra ou l'on emploiera couramment le sang des animaux car, disent les auteurs, cette pratique est sans danger, il

s'agit simplement de savoir la pratiquer comme il faut. C'est ce que les auteurs nous montrent dans ce volume qui, à ce titre, intéressera les dermatologistes que tente l'attrait de la nouveauté.

P. RAVAUT.

Les Bases physiques de la Radiothérapie, par JEAN DUBOST, Moniteur de Physique médicale à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume in-8 (20-13) de 99 pages, avec 50 figures. Gauthier-Villars, éditeur, 1928. Prix : 10 fr.

Les progrès réalisés dans l'appareillage électrique durant ces dix dernières années ont permis au médecin d'utiliser des rayonnements de plus en plus pénétrants, nécessitant des voltages atteignant 200.000 volts. Il a fallu alors reprendre le problème à la base et créer presque de toutes pièces une nouvelle technique.

Pourtant, les rayons X durs ne diffèrent pas, qualitativement, des rayons X mous, et il est possible de les étudier en même temps.

C'est ce que l'auteur a essayé de faire dans ce livre, où, après un rappel de quelques notions d'électricité et de physique générale, il étudie, parmi les propriétés des rayons X, celles qui intéressent directement la radiothérapie.

Manuel (de Lesser) des maladies cutanées et sexuelles, revu par J. JADASSOHN. **I. II. Maladies sexuelles 1927** (Edmund Lessers. Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten, vollstandig neu arbeitate Auflage, von J. JADASSOHN, 1927, Berlin).

Le manuel de Lesser a eu beaucoup de succès en Allemagne. L'auteur avait infiniment d'expérience et de jugement ; son livre était forcément un bon livre ; mais, pour dire vrai, il m'avait toujours paru un peu vieillot et ennuyeux, trop gros pour un débutant, trop descriptif pour un praticien. L'intervention de Jadassohn l'a totalement transformé en lui insufflant la vie. Le manuel est maintenant utile à tout le monde, bien instruit, naturellement bien proportionné, toujours intéressant et extrêmement riche en renseignements de tout genre. L'illustration en est très suffisante. Le seul défaut qu'on puisse peut-être y mentionner est que : le livre est un peu trop compact dans sa distribution. Il y manque des paragraphes, des blancs. Les dispositions typographiques spéciales, si bien prises qu'elles soient, ne suppléent pas à des divisions matériellement bien accusées. Peut-être faudra-t-il revenir un jour aux indications marginales qui éclaircissaient les textes massifs et magnifiques des vieux livres. Il est du reste bien possible que les lecteurs allemands plus attentifs et plus patients que les français soient aussi plus faciles à contenter sur ce point.

Il n'y a pas lieu de résumer ou même d'analyser un manuel. Je ne peux qu'en conseiller la lecture parce qu'il me paraît excellent de tous points et véritablement magistral, c'est-à-dire doué d'autorité.

Il est intéressant de constater quelle grande part a été laissée à l'exposé de la thérapeutique mercurielle. Pour moi qui n'ai ni fait, ni conseillé une seule injection mercurielle depuis 10 ans, je suis tout

étonné de retrouver ces formules d'un temps ancien. Peut-être y a-t-il là plus de Lesser que de Jadassohn ? Ch. Audry.

Manuel et atlas des maladies de la peau et des maladies sexuelles (Lehrbuch und atlas der Haut und Geschlechtskrankeiten), par K. Zieler, 1928, 2 vol. (un volume de texte avec 140 figures histologiques, un volume d'atlas contenant 325 figures en couleurs en 171 planches et deux planches en noir).

Ce livre est le terme (actuel) des modifications successives apportées à l'atlas-manuel de Jacobi. La collaboration de Zieler l'a entièrement rajeuni et considérablement étendu. L'ouvrage est destiné aux étudiants et aux praticiens. Il servira aussi d'aide-mémoire bien utile aux spécialistes, je crois que bon nombre d'entre ces derniers tireront un profit certain, sinon du texte un peu élémentaire pour eux, du moins des très nombreuses et très claires images histologiques intercalés dans le texte.

En tant que livre élémentaire, il n'y a pas mieux ; il est clair, bien construit, muni d'une bonne table, généralement bien proportionnée, ce qui est rare dans les manuels. Il est évidemment rédigé par un auteur qui a le droit et le pouvoir de choisir parmi les théories et les faits ; il a donc l'autorité suffisante, étudiants, praticiens, débutants peuvent s'y fier en toute sécurité.

Il est évident que sa valeur tient spécialement à son développement iconographique, histologique (en noir) et clinique (en couleurs). Un temps viendra-t-il en France où le beau manuel de Darier sera aussi précieusement accompagné ? Je crois que l'auteur et les éditeurs augmenteraient la reconnaissance qui leur est due si aux représentations des maladies communes et classiques, ils ajoutaient un certain nombre de planches représentant les dermatoses rares et peu connues.

Il est seulement regrettable que les conditions économiques actuelles ne permettent que difficilement aux « étudiants et praticiens » de notre pays d'en meubler leur bibliothèque. Il est juste de reconnaître qu'au taux du change ancien, le prix n'aurait rien d'exagéré, mais...

Ch. Audry.

Thiolat (P.). **Recherche d'un test sérologique pour apprécier la valeur des médicaments antisyphilitiques.** *Thèse Paris,* 93 pages, Labor. Paris.

Il est difficile d'apprécier avec précision la valeur d'un médicament antisyphilitique ; la méthode expérimentale utilisable lorsqu'il s'agit d'étudier la toxicité et l'efficacité d'un produit avant de l'utiliser chez l'homme, ne permet pas une observation prolongée, la méthode clinique facile lorsqu'il s'agit d'accidents cutanéo-muqueux, devient très difficile lorsqu'on a affaire à des syphilis viscérales ou nerveuses. La recherche d'un test sérologique a été entreprise par T. sous la direction de M. C. Simon, à l'aide des méthodes de Hecht, de B.-W. et de Vernes. Elle leur a fourni des constatations intéressantes, les malades ayant été choisis aussi comparables que possible (64 observations avec courbes sérologiques). Quatre médicaments ont été utilisés : le 914

en intraveineuse, 82 o/o de succès thérapeutiques, l'oxyacétylamino-phénylarsénate de diéthylamine 80 o/o, l'acide formyl-amino-oxyphényl-arsénique 90 o/o, la médication bismuthique 90 o/o. Les courbes montrent nettement la différence de rapidité d'action, action rapide des arsenicaux, lente des composés bismuthiques. Elles montrent aussi la différence d'évolution des réactions sérologiques, la réaction de Vernes obéit la première à l'action thérapeutique du médicament employé, alors que le Hecht et le B.-W. ne bougent pas encore. Elle a l'avantage d'être plus simple que la méthode de dilution des sérums ou des doses croissantes de complément. La réaction de Hecht est la plus tenace, elle reste le critérium de la fin de la thérapeutique. A ce point de vue elle est d'un grand intérêt. L'association de ces trois réactions est donc des plus utiles pour juger de la valeur thérapeutique.

Dans la plupart des cas il y a évolution parallèle de ces réactions sérologiques. D'autres tracés sont troublants, tels ceux des malades obs. 30 et 31 par exemple, ou après trois mois de traitement le Vernes a été négatif, alors que le Hecht et le B.-W. sont demeurés positifs. Ces cas que l'auteur considère contre des échecs prouvent du moins que l'association des trois réactions est nécessaire et qu'on ne saurait se montrer trop prudent dans ses conclusions.

H. Rabeau.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

LA MÉLANOGENÈSE ET LES FERMENTS CUTANÉS

Par L.-H. DEJUST,
Chef du laboratoire de chimie de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques
de la Faculté de médecine.

Par quel mécanisme bio-chimique le pigment mélanique prend-il naissance ?

La peau renferme-t-elle d'autres diastases que celles qui peuvent jouer un rôle dans la pigmentation ?

Ces problèmes ont donné lieu à de très nombreuses recherches : je ne citerai, dans ce bref article, que les faits expérimentaux les plus significatifs, priant le lecteur de se reporter à mes autres publications pour y trouver détails et bibliographie plus complète (1).

I. — Mélanogenèse

La constitution chimique de la mélanine ne nous est pas connue avec certitude. Elle est vraisemblablement formée par l'oxydation d'un amino-acide phénolique ; la mélanine présente en effet les plus grandes ressemblances avec le corps que l'on obtient en faisant agir sur la tyrosine un ferment oxydant, la tyrosinase, ferment que l'on peut extraire de nombreux végétaux et de quelques animaux inférieurs (ver de farine, hémolymphe de chenille, poche à encre de la Seiche, etc.)

Mais d'autres corps que la tyrosine, d'ailleurs voisins de celle-ci, peuvent sous l'influence de la tyrosinase ou même d'agents chimiques, engendrer des produits assez voisins de la mélanine de tyrosine pour que l'analyse chimique ne permette pas de les en différencier. Le nom de mélanine doit donc être appliqué non pas à un corps, mais à une classe de corps : la constitution chimique de ces composés est mal connue.

La mélanine du pigment humain est-elle chimiquement identique à la mélanine des cheveux, à celle des animaux, à celle des tumeurs pigmentées, nous l'ignorons. L'analyse ne peut nous

(1) Voir index à la fin de l'article.

renseigner : les dosages des différents constituants (N, C, H, S). des diverses mélanines ont été effectués par de nombreux auteurs, et les divergences des résultats, sont considérables, non seulement entre mélanines d'origine différente, mais encore entre divers échantillons d'une mélanine de même provenance. Ceci tient à l'impossibilité de savoir si la mélanine analysée était pure ou non. La mélanine, dans les tissus, est en étroite combinaison physique ou chimique avec les albumines qui l'entourent, et il est impossible de contrôler son isolement et sa pureté.

Aussi nous ignorons quel est le corps dont l'oxydation produit la mélanine du pigment cutané.

Aucune recherche directe n'a été pratiquée dans le but d'extraire de la peau et d'identifier le corps (chromogène) dont l'oxydation engendre la mélanine : les difficultés techniques d'un semblable travail paraissent actuellement insurmontables.

Diverses hypothèses ont été émises sur la nature de ce chromogène. Nous retiendrons seulement ici que trois corps ont été proposés par les auteurs comme des chromogènes possibles :

La tyrosine :

OH

CH_2CHNH_2COOH

La dioxyphénylalanine (qui ne diffère de la tyrosine que par un oxydryle de plus) :

OH

OH

CH_2CHNH_2COOH

L'adrénaline :

OH

OH

$CHOHCH_2NHCH_3$

La tyrosine est bien le chromogène des mélanines végétales que nous connaissons. Il en est de même, au moins en certaines circonstances, dans la série animale : J. Verne a pu le prouver chez les Crustacés Décapodes, et Przibram chez les Insectes.

D'autre part, la tyrosine est un produit banal de décomposition d'albumines, produit dont la présence dans la cellule serait normale.

L'adrénaline, dont le métabolisme modifié par la maladie d'Addison provoque une pigmentation pathologique, ne pourrait-elle aussi jouer un rôle dans la pigmentation pathologique ?

Enfin la dioxyphénylalanine (que Bruno Bloch nomme Dopa) est capable plus facilement même que la tyrosine et sous les mêmes influences de donner naissance à des mélanines. On a pu extraire de la Dopa des téguments du hanneton, mais on n'en a jamais décelé dans les tissus des Mammifères.

Faute d'avoir pu déceler le chromogène dans la peau, on a recherché le ferment capable d'amener le chromogène à l'état de mélanine. Cette recherche est, en apparence du moins, plus aisée. On met successivement au contact de peau (ou d'extrait de peau) la série des corps que l'on soupçonne pouvoir jouer le rôle de chromogène, et on observe s'il se forme de la mélanine.

On peut ranger dans un premier groupe les procédés exclusivement chimiques : préparation d un extrait aqueux de peau dont on étudie les propriétés diastasiques.

Dans un second, l'intégrité du tissu cutané est respecté : celui-ci est immergé dans des solutions des corps sur lesquels on le soupçonne d'avoir une action, et on observe histologiquement s'il se forme ou non des grains de mélanine. Nous allons passer en revue les résultats obtenus dans ces deux groupes de recherches.

TENTATIVES D'EXTRACTION DE LA PEAU D'UNE DIASTASE CAPABLE D'AGIR SUR UN CHROMOGÈNE POUR LE TRANSFORMER EN MÉLANINE.

Les travaux classiques de G. Bertrand sur les tyrosinases végétales ont été la base et l'origine des recherches dont nous allons parler.

La découverte chez les végétaux d'un ferment capable d'oxyder la tyrosine pour en faire de la mélanine conduisait naturellement à supposer que ce même ferment était l'agent de la mélanogenèse animale.

On se mit donc à rechercher la tyrosinase dans les organismes animaux.

Biedermann l'a rencontré dans l'intestin de *Tenebrio molitor* (vers de farine), v. Furth et Schneider dans l'hémolymphe de pupes de papillons. Przibram, Weind et Gessard dans la poche à encre de la seiche, Gortner chez la cigale, enfin, Przibram et ses collaborateurs ont publié depuis une dizaine d'années toute une série de mémoires très détaillés sur les localisations et les propriétés des tyrosinases d'insectes (*Arch. f. Entw. d. org.*).

Plus récemment Schamlfus a étudié les propriétés de la tyrosinase d'hémalymphe de chenilles.

Chez les Vertébrés, Physalix (*C. R. Biol.*, 1898) a recherché la présence d'une oxydase dans la peau de grenouille. Faisant macérer 24 heures une peau fraîche de cet animal dans une solution de NaCl à 1 o/o en présence de chloroforme, il obtient un liquide gris, trouble, légèrement alcalin. Abandonné à lui-même, ce liquide noircit progressivement à partir de la surface. Au bout de 4 à 5 jours ce liquide est entièrement noir. Un témoin bouilli ne change pas de couleur, non plus qu'un tube entièrement privé d'oxygène. Ces résultats montrent qu'on est en présence d'oxydase ; mais quelle est cette oxydase, est-elle identique à la tyrosinase ou bien à ces phénolases qui oxydent l'adrénaline, l'hydroquinone, le pyrogallol, mais n'attaquent pas la tyrosine ?

Bruno Bloch a mis en évidence ces phénolases dans les leucocytes, les glandes sudoripares. Il les décèle au moyen de la paraphénylènediamine qui, oxydée par elles en présence d'α-naphtol donne une coloration bleue.

Après Physalix, Florence Durham recherche la tyrosinase dans la peau de quelques vertébrés pigmentés (*Proc. of Roy. Soc.*, décembre 1904, 502). Hachant la peau de lapins nouveau-nés, ou de fœtus de cobayes, ou de femelles de cobayes noirs ou bigarrés, cet auteur obtient une bouillie qu'il triture au mortier avec du kieselguhr et de l'eau distillée. Le mélange est passé à la presse ; il fournit ainsi un liquide rouge, opaque. Ce liquide mis à l'étuve à 37° en présence de tyrosine additionnée de sulfate ferreux change d'aspect en 24 heures. Il devient sombre, une substance noire se dépose, qui augmente avec le temps. Cette substance est insoluble dans les acides et soluble dans les alcalis, comme les mélanines. Si l'animal a un pelage roux, la substance colorée qui se forme dans le tube est orange. Avec la peau des animaux blancs, pas de coloration. Enfin, l'ébullition fait perdre

à l'extrait de peau colorée cette propriété d'oxyder la tyrosine, mais non la conservation dans l'alcool qui ralentit seulement l'action fermentaire.

La courte note de F. Durham ne donne aucun renseignement quantitatif. Néanmoins les résultats qu'elle annonçait présentaient le plus vif intérêt, c'était la solution du problème de la mélanogenèse. Malheureusement ces résultats n'ont jamais pu être obtenus à nouveau par d'autres auteurs, et malgré les publications de plusieurs autres expérimentateurs qui niaient l'exactitude des faits avancés, F. Durham n'a jamais, à notre connaissance, répondu à ses contradicteurs.

Eugène Ducrey, un élève de Bruno Bloch, a consacré sa thèse à la recherche des ferments oxydants pigmentogènes dans la peau.

La première partie du travail de Ducrey est consacrée à la répétition des expériences de F. Durham, en suivant aussi exactement que possible la technique indiquée (autant que le permet le peu de précision des indications fournies par ce dernier auteur). Il opéra sur la peau de deux fœtus de cobaye de 7 semaines, noirs. Il obtint un résultat négatif, qui contredit entièrement celui de Miss Florence Durham.

Onslow n'est pas parvenu, lui non plus, à répéter les expériences de F. Durham.

Mais, se guidant sur l'hypothèse que l'action des oxydases est due à la formation d'un peroxyde instable et régénéré, il a voulu déterminer si les échecs des tentatives de mise en évidence de tyrosinase dans les sucs de peau n'étaient pas dus simplement au défaut de peroxyde dans le suc. Il broyait au mortier avec de l'eau et du kieselguhr les peaux de huit jeunes lapins colorés (âgés de 2 à 4 jours, les peaux d'animaux adultes donnant des résultats négatifs ainsi que ceux d'animaux jeunes de certaines nuances très claires). Il passait ensuite sous une presse puissante la bouillie ainsi obtenue et filtrait sur papier tendre le suc qui s'écoulait. Il versait 2 centimètres cubes du filtrat dans un tube à essai, l'additionnait de trois gouttes de suspension de tyrosine à 20 0/00 et de 0 cc. 1 de perhydrole à 0,05 0/0, puis alcalinisait très faiblement au tournesol avec une solution de carbonate de soude. Il était fait des témoins sans perhydrol.

Dans quelques cas où les peaux étaient très fraîches, il y eut formation de mélanine même dans les tubes témoins sans perhy-

drol. Dans les autres cas, seuls les tubes ayant reçu, à la fois, suc de peau et hyperhydrol fournirent une réaction positive après 12 heures à 37°.

Les extraits de peau de certains lapins blancs possèdent une action inhibitrice sur ce phénomène : il suffit d'en ajouter une petite quantité à un tube renfermant du suc de peau de lapin de couleur donnant par lui-même une réaction positive pour que celle-ci ne se produise pas.

L'interprétation de ces expériences est délicate. Mais on ne peut négliger que, dans certains cas, Onslow ait trouvé des sucs de peau capables de transformer la tyrosine en mélanine. La présence — hypothétique — d'un peroxyde dans l'extrait retire-t-elle au ferment le droit au nom de tyrosinase ? On pourrait discuter longuement, et sans fruit. En tout cas, le travail d'Onslow, assez ancien (1915), mérite tout à fait d'être repris et, poursuivi et précisé. On peut déjà en rapprocher celui de Coulon.

Cet auteur s'est adressé non plus à la peau mais à une tumeur mélanique de foie de cheval. Il broya la tumeur, la laissa macérer une semaine à la glacière en présence de glycérine et d'eau et obtint un liquide qui bleuit la teinture de gaïac et rougit le gaïacol. Il en essaya la réaction sur différents corps : « *Seules les solutions de dopa, de pyrocatéchine d'hydroquinone et de pyrogallol en présence de la solution diastasique virent au noir (addition de quelques gouttes de* H^2O^2) ».

Ducrey n'ayant pas trouvé de tyrosinase dans la peau, y a recherché la dopase, c'est-à-dire un ferment capable d'oxyder la dopa, la dioxyphénylalanine. (Nous verrons plus loin que des expériences histochimiques avaient amené Bruno Bloch à attribuer la mélanogenèse à l'action d'un ferment spécifique — la dopase — sur la dopa). Il n'y réussit point. Dans une thèse récente, Albl, élève de B. Bloch, rapporte brièvement une expérience dans laquelle il a réussi à oxyder la dopa, avec formation de mélanine, au moyen du suc de peau pressée de lapins âgés de 2-3 jours. La présence de cyanure de potassium empêche la réaction, ainsi que l'ébullition.

Les extraits de peau de lapins albinos ne fournissent pas la même réaction.

Toutes ces expériences dont les résultats sont assez contradictoires nous amènent à nous poser cette question :

Quelles sont les conditions que doit remplir une expérience

ayant pour but de déceler de la tyrosinase dans un extrait de peau ?

Influence de la réaction du milieu. — Déceler la tyrosinase dans du son de froment ou dans des Russules est aisé, mais plus faible est la quantité de tyrosinase (ou, pour parler plus correctement, le pouvoir tyrosinasique), plus sont étroites les conditions à observer pour que puisse être decélée l'oxydation de la tyrosine.

Or, il est présumable que si la mélanogenèse est due à l'action d'un ferment, ce ferment est en petite quantité dans la peau.

La mélanogenèse, en effet, n'est pas un phénomène à marche rapide : ce n'est pas par heures mais par journées que son action se fait sentir ; la plus intense formation de mélanine, celle des cheveux et de la barbe est loin d'avoir la vitesse des oxydations tyrosinasiques végétales. On ne peut donc s'attendre à rencontrer, dans l'extrait de peau, des réactions tyrosinasiques très puissantes.

Pour les recherches, il importe donc de se placer dans les conditions les plus favorables et, tout d'abord, *dans le milieu de réaction appropriée*

Dès ses premiers travaux G. Bertrand avait tout particulièrement insisté sur l'influence de la réaction du milieu sur les actions diastasiques en général, et sur celle de la tyrosinase en particulier.

Dans son laboratoire H. Agulhon a étudié l'influence de la réaction du milieu sur la formation des mélanines par oxydation diastasique. Pour mesurer cette action, il pesait le poids de mélanine formée par l'action d'un volume constant de macération glycérinée d'un champignon (*Russula Quel.*).

Agulhon constata que le poids de mélanine formée était maximum lorsque la quantité de soude libre était voisine de N/500. Przibram et Brecher (*Arch. f. Entwick.*, t. XLV, 1919, p. 83), se basant sur la coloration obtenue et la rapidité d'apparition de celle-ci au lieu de se rapporter au poids de mélanine formée annoncèrent que l'alcalinité optima, pour la tyrosinase d'agaric était comprise entre 0,05 et 0,5 0/0 de soude, la coloration de la tyrosine ne se produisant pas sous l'influence de la tyrosinase d'agaric lorsque la soude atteint cette dernière concentration. La plus faible de ces deux alcalinités (0,05 0/0) est encore bien

plus forte que celle qui a fourni à Agulhon son rendement le plus élevé en mélanine ; mais il faut considérer que Przibram et Brecher envisageaient non pas ce rendement, mais l'apparition d'une coloration. Certaines de nos expériences personnelles nous ont conduit à des résultats comparables à ceux de Przibram.

Cet auteur a très longuement étudié les variations de couleur que présente la tyrosine oxydée par la tyrosinase suivant la réaction du milieu, l'irradiation par des flux lumineux diversement colorés, suivant la température, etc...

Nous retiendrons seulement que, d'après lui, la coloration de la tyrosine oxydée par la tyrosinase qui, suivant les cas, varie du rouge au violet-bleu, se rapproche davantage du rouge quand le milieu est plus alcalin, et du bleu quand le milieu est moins basique.

A notre avis, on ne peut guère tirer de déductions utiles de ces variations de coloration. Quel que soit le début de la réaction, le stade final en est la mélanine qui se forme sous un état colloïdal, flocule et se dépose. Nous sommes très peu instruits sur les corps intermédiaires qui se forment ; et il apparaît vraisemblable d'admettre que les variations de coloration sont conditionnées par la taille des micelles, ainsi qu'il se produit pour ces métaux colloïdaux, par exemple. Ces variations de coloration ne peuvent nous servir de guide pour déterminer les conditions optima de la recherche de faibles pouvoirs tyrosinasiques.

La littérature scientifique ne fournissant point de réponse à cette question : « Quelle doit être l'alcalinité du milieu la plus favorable à la manifestation de très faibles pouvoirs tyrosinasiques ? » je me suis appliqué à la résoudre expérimentalement.

Je ne reviendrai pas sur ces expériences qui ont été publiées par ailleurs. Elles m'ont montré qu'avec des tyrosinases de provenance différente (son, pomme de terre, champignon) l'optimum d'alcalinité était différent.

Ceci n'est pas surprenant. D'autres propriétés diastasiques varient avec l'origine, et tout d'abord, la thermolabilité. Dès 1910, G. Bertrand et Rosenblatt ont montré que la thermostabilité de la tyrosinase variait entre 60°-65° lorsqu'elle est extraite de l'amanite ou du tricholome, et 90°-95° lorsqu'elle provient du son de froment, les autres diastases s'étageant entre ces

extrêmes (Russule, pommes de terre, lentilles, etc,). Il peut en être de la résistance à l'alcalinité comme de celle à la chaleur.

Des conséquences pratiques découlent de ces constatations. Lorsqu'on veut déceler une certaine tyrosinase dans un liquide, il importe d'en pratiquer la recherche dans un milieu d'alcalinité déterminée, et propre à cette tyrosinase.

Ceci est aisé lorsqu'on poursuit une diastase, connue, pour laquelle cette alcalinité optima peut être mesurée expérimentalement.

Mais lorsqu'on recherche une tyrosinase inconnue, et c'est le cas pour la peau, le problème est un cercle vicieux, il faudrait connaître l'alcalinité optima pour mettre en évidence la diastase, et avoir pu mettre en évidence et isoler la diastase pour déterminer l'alcalinité optima.

Il n'est, à notre connaissance, qu'un moyen de tourner cette difficulté : c'est de pratiquer la recherche dans une série de milieux de réactions échelonnées : neutre N/1000, N/500, N/100... et, d'une façon plus précise, de pH échelonnés.

Une autre influence existe au cas où on laisse se prolonger le contact entre l'extrait de peau et la tyrosine : c'est l'influence bactérienne. Hirai a montré que le *Proteus* jouit de la propriété de transformer la tyrosine en mélanine. Or, le *Proteus* est un microbe très banal qui peut se rencontrer fréquemment dans les macérations de peau. En outre, il est possible que d'autres microbes aient ce même pouvoir.

*
* *

MÉTHODE AYANT POUR BUT DE METTRE EN ÉVIDENCE LE MÉCANISME DE LA MÉLANOGENÈSE DANS LA PEAU SANS DESTRUCTION CELLULAIRE.

La mélanogenèse est une fonction biologique. On devait tout d'abord se demander si elle disparaissait lorsque la peau est séparée de l'organisme.

En 1909, Meirowsky exécuta une expérience très simple mais qui est justement demeurée classique. Il prélève un fragment de peau humaine, le dispose en atmosphère humide puis le met à l'étude à 36°. Il conserve un témoin identique à zéro.

Après un temps variant de 1 à 3 jours, on constate un noir-

cissement intense de l'échantillon mis à l'étuve comparé au témoin conservé à zéro. La coloration est due à la formation de pigment mélanique identifiable au microscope. Cette expérience montre que ce pigment peut se former grâce aux éléments contenus dans la cellule.

Les recherches de Meirowsky ont été reprises et contrôlées par Lignac.

Ce brunissement avec formation de mélanine ne se produit qu'en présence d'oxygène, mais on n'augmente pas l'intensité du phénomène si on opère en atmosphère d'oxygène pur.

L'action des radiations ultra-violettes provoque également la pigmentation de la peau *post-mortem* : Lignac l'a montré en posant sur le fragment cutané une plaque de cuivre mince perforée d'un trou en forme de croix, plaque qui jouait le rôle d'une cache photographique. Il exposait le tout à 5 centimètres d'une lampe à vapeur de mercure. Après une heure d'irradiation, un brunissement de la zone non protégée était déjà visible. Après 6 heures, la coloration était sombre. Cette propriété de la peau persiste mais atténuée après que celle-ci a été soumise à une ébullition de 10 minutes au maximum. Il nous faut remarquer ici que l'intensité de l'irradiation ultra-violette (la peau étant à 5 cm. de la lampe) et sa durée (plusieurs heures) est d'un ordre de grandeur très différent de celui qui est utilisé dans les applications thérapeutiques de l'ultra-violet.

Les expériences de Meirowsky, de Lignac, et des auteurs qui ont suivi cette même technique que nous venons d'exposer nous apprennent qu'il peut se former de la mélanine dans une peau séparée de l'organisme, et aussi les circonstances qui font varier cette formation, mais ne nous instruisent pas, du moins directement, du mécanisme même de la mélanogenèse.

Nous allons étudier maintenant les résultats obtenus par l'emploi des méthodes histochimiques pour déceler dans la cellule la présence d'un ferment oxydant.

C'est au professeur Bruno Bloch que revient le mérite d'avoir montré l'intérêt de cette méthode, d'y avoir consacré de patients travaux et de longs mémoires.

Dans l'œuvre de B. Bloch, que nous allons essayer de résumer très brièvement du point de vue qui nous intéresse ici — la mélanogenèse — il faut distinguer deux parties : les faits expérimentaux qui ont été confirmés par les autres expérimentateurs, et

l'interprétation que leur donne cet auteur interprétation que nous discuterons après avoir exposé les faits.

Voici la technique réglée par B. Bloch. On inclut dans de la gélose le morceau de peau que l'on étudie. On le congèle et on le coupe au moyen du microtome à acide carbonique. On pratique des coupes aussi fines que possible. On les immerge ensuite pendant 24 heures dans une solution de dopa à 1 à 2 o/oo soit à la température ordinaire, soit à 37°, suivant les cas : il est difficile de prévoir laquelle des deux températures donnera les meilleurs résultats. On traite ensuite les coupes comme le font d'ordinaire les histologistes, par les colorants et déshydratants habituels, et on les monte au baume.

Dans les préparations ainsi obtenues on constate qu'il s'est formé dans les cellules pigmentées ou capables de se pigmenter, des petits grains noirâtres qui occupent la même opposition histologique que les grains de mélanine naturelle, et qui présentent le même aspect. Ces grains, dit B. Bloch, sont formés par l'action sur la dopa dans laquelle on a immergé la conpe d'un ferment spécifique contenu dans les cellules à pigment, ferment qu'il nomme la dopase.

Nous n'entrerons pas ici dans l'étude histologique du phénomène. Nous retiendrons ce fait qu'une cellule capable de former des grains de mélanine de par sa nature, mais n'en contenant pas au moment où on l'immerge dans la dopa, présente après l'action de ce réactif, des grains bruns microscopiquement identiques aux grains de mélanine naturelle.

Ceci est un point expérimental admis par tous les histologistes qui ont étudié la méthode, et B. Bloch a indiscutablement rendu un très appréciable service en la créant.

Voyons maintenant ce que devient cette dopa-réaction sous l'influence de divers traitements que l'on peut faire subir aux coupes.

La chaleur fait disparaître dans les coupes la capacité d'oxyder la dopa. Elle est diminuée à 57° mais persiste encore partiellement à 80°. Pour expliquer cette persistance, B. Bloch émet l'hypothèse que, par chauffage, il peut se produire dans la cellule, des transformations moléculaires ayant pour aboutissant des corps susceptibles d'oxyder la dopa. Cette supposition est inutile car on sait qu'il est des tyrosinases résistant à des températures supérieures à 80°, et on peut supposer à la dopase des proprié-

tés voisines de celles de la tyrosinase. Les cellules portées à 100° perdent la propriété d'oxyder la dopa, ce qui se concilie assez mal avec l'hypothèse émise par B. Bloch, que la résistance à 80° est due à la formation de substances oxydantes sous l'action de la chaleur.

Par dessiccation, à la longue, les cellules perdent leur dopa-réaction.

Le séjour de 24 heures dans l'eau ou la solution saline physiologique affaiblit cette réaction.

Quant à H^2S et HCN, ils ont très rapidement, une action empêchante.

D'une façon générale les agents réducteurs font obstacle à la réaction. Il en est de même de l'eau oxygénée à 1 o/o, du perchlorure de fer à 1 o/o, de sulfate d'ammoniaque à 1/2 saturation.

B. Bloch tenta d'obtenir la formation de mélanine en immergeant les coupes non plus dans de la dopa mais dans une série d'autres corps : la tyrosine, la paraoxyphényléthylamine, l'hydroquinone, l'acide homogentisique, la résorcine, le pyrogallol, le tryptophane, dans plusieurs dérivés de la pyrocatéchine ; aucun de ces corps ne donne lieu à la formation de grains de mélanine intracellulaire comme le fait la dopa. Si on modifie, si peu que ce soit, soit le noyau, soit la chaîne latérale de la dopa, la réaction n'a pas lieu. Elle est même négative avec un isomère de la dopa la 1.2.5. dioxyphénylalanine et avec la trioxyphénylalanine.

B. Bloch étudia la répartition de sa dopa-réaction suivant les sujets et les circonstances normales ou pathologiques.

D'une façon générale, la dopa-réaction est d'autant plus forte que la peau est plus pigmentée, ou est plus capable de se pigmenter. Elle est très forte chez le nègre, mais sans dépasser une intensité qui se rencontre chez le blanc, elle manque dans les portions de peau atteintes de vitiligo, ou les portions blanches chez les animaux bigarrés. Elle est faible chez les addisoniens. On sait que ces sujets, atteints de tuberculose des capsules surrénales, toute la peau présente une coloration brunâtre, due à la formation d'un excès de pigment. De très nombreuses théories ont été édifiées pour expliquer qu'il y ait hyperfixation de mélanine dans la peau, alors que les capsules lésées doivent sécréter une plus faible quantité d'adrénaline.

Bloch propose cette explication : l'hyperpigmentation des addisonniens est due à une augmentation non pas du ferment oxydant, mais du chromogène, sur lequel celui-ci est capable d'agir. Ce chromogène, pour lui la dopa, est très voisin de l'adrénaline.

OH, OH — Dopa — CH^2 — $CHNH^2$ — COOH

OH, OH — Adrénaline — $CHOHCH^2NHCH^3$

Les deux substances doivent vraisemblablement provenir d'une même substance mère qui se trouve dans le sang, et à partir de laquelle les capsules surrénales fabriquent l'adrénaline. Lorsque ces capsules sont atteintes dans leur intégrité, elles ne sont plus capables de jouer leur rôle, et il reste dans le sang un excès de cette substance-mère ; c'est cet excès qui est transformé en pigment et produit le brunissement de la peau des sujets addisonniens.

Outre les états pathologiques, diverses circonstances extérieures peuvent intervenir : celles qui provoquent la pigmentation cutanée augmentent l'intensité de la dopa-réaction : telles sont les radiations lumineuses (violettes, ultra-violettes) et, très intensément, les radiations du thorium X. Ces radiations peuvent même faire apparaître la dopa-réaction dans de la peau de vitiligo qui en était primitivement dépourvue.

Par la constatation de tous les faits rapportés ci-dessus, B. Bloch considère démontré que la pigmentation mélanique est due à l'action d'un ferment très étroitement spécifique, la dopase.

*
* *

DISCUSSION DES RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX PRÉCÉDEMMENT RAPPORTÉS

Dans leur ensemble les résultats expérimentaux de B. Bloch ont été confirmés par les autres auteurs. Mais il est cependant permis de critiquer la théorie sans vouloir, pour cela, diminuer la valeur des recherches qui ont permis de l'édifier.

Remarquons d'abord que l'on n'a jamais réussi jusqu'à présent

à extraire de la peau humaine une solution de dopase quelle que soit la technique suivie.

Albl annonce l'avoir extraite seulement de peaux de lapins âgés de quelques jours.

Mais on peut remarquer que l'on n'a, non plus, jamais décelé la présence de dopa, de dioxyphénylalanine dans la peau de l'homme, ni des animaux supérieurs, mais seulement chez les animaux inférieurs.

On peut affirmer, en tout cas, qu'il n'y a pas de dopa libre dans le suc cellulaire de peau, car celui-ci placé en milieu alcalin, par exemple, N/100, ne brunit pas appréciablement, alors que la dopa, dans ces conditions noircit très rapidement. Cette observation avait déjà été faite par Przibram.

Il nous paraît hasardeux de faire reposer une théorie sur un ferment non extractible et sur un chromogène que l'on n'a jamais décelé *in situ*. D'autre part, existe-t-il réellement une diastase nouvelle, spécifique, contenue dans la peau et n'agissant que sur la dopa ?

Si la dopa n'était sensible qu'à l'action d'un seul ferment — celui qui se trouve dans la peau — on pourrait sous certaines réserves, répondre par l'affirmative.

Mais la dopa est sensible à l'action d'autres ferments et particulièrement à celle de la tyrosinase. B. Bloch l'indique bien, mais semble ne pas y attacher une grande importance.

Przibram a consacré un mémoire à cette question. Avant d'avoir connu les expériences de cet auteur, nous en avons exécuté une sur le même sujet.

Nous avons préparé une solution de tyrosine à 1 0/00 dans l'eau redistillée, et une solution de dioxyphénylalanine (dopa) de même concentration.

D'autre part, nous avons préparé de la tyrosinase de son, en suivant la technique classique indiquée par G. Bertrand : cette tyrosinase fut utilisée en solution à 1 0/0.

Dans une série de tubes, on verse 5 centimètres cubes de la solution de tyrosine; dans une autre série 5 centimètres cubes de la solution de dioxyphénylalanine. Au premier tube de l'une et de l'autre série on ajoute 0 cc. 05 de solution de tyrosinase. Au deuxième tube 0 cc. 1 ; dans le 3e, 0 cc. 2 ; au 4e, 0 cc. 03 ; au 5e, 0 cc. 5.

Après 15 minutes tous les tubes renfermant de la dopa pré-

sentent une coloration rose, les tubes à tyrosine restant incolores.

Après 4 h. 30, tous les tubes-dopa sont colorés d'une teinte allant du rose orangé pour celui qui a reçu la plus faible quantité de tyrosinase à la teinte brun foncé pour celui qui en contient la plus forte dose (0 cc. 5). Quant aux tubes-tyrosine, ils sont demeurés incolores, sauf le tube ayant reçu 0 cc. 5 de tyrosinase, qui est rose orangé très clair.

Après 72 heures, la coloration des tubes a été en fonçant : les tubes de dopa auxquels on a ajouté 0 cc. 3 et 0 cc. 5 de tyrosinase présentent un précipité de mélanine. Les autres sont colorés de brun-roux jusqu'au noir. Les tubes de tyrosine sont tous colorés, sauf celui qui a reçu seulement 0 cc. 05 de tyrosinase : ce tube est demeuré incolore, les autres sont colorés du brun orangé, jusqu'au noir. Mais seul le tube additionné de 0 cc. 5 de tyrosinase présente un précipité très peu abondant, de mélanine.

Si on compare l'intensité des colorations d'une série avec celle de l'autre, on voit que la coloration du tube de dopa qui a reçu 0 cc. 05 de tyrosinase est intermédiaire entre celles des tubes de tyrosine additionnées respectivement de 0 cc. 1 et 0 cc. 2. On peut donc dire qu'une quantité de ferment = 0,05 agissant sur la dopa produit, dans les conditions de l'expérience, la même coloration que 0,15 agissant sur la tyrosine, autrement dit que la dopa est trois fois plus sensible que la tyrosine à l'action du ferment. Ce résultat n'est pas en désaccord avec l'expérience de Przibram : en effet les résultats de cet auteur montrent bien une plus grande sensibilité de la dopa, mais la différence entre la rapidité de coloration des deux amino-acides est moins prononcée que dans notre expérience. Cet auteur, en effet, a utilisé de la tyrosinase de champignon alors que nous nous sommes servis de tyrosinase de son. Les deux tyrosinases, qui diffèrent bien par d'autres propriétés telles que la résistance à la chaleur et par leur réaction optima, peuvent également différer par leur rapidité relative d'action sur les deux acides aminés.

Schmalfuss et Werner en immergeant des bandes de papier-filtre imbibées de tyrosinase de lymphe de *Arctia Caja* dans des solutions soit de dopa, soit de tyrosine ont pu montrer que la dopa était dans ces conditions environ trente fois plus sensible que la tyrosine à l'action du ferment.

Onslow a fait une constatation analogue.

On comprend alors aisément qu'une coupe de peau, dont certaines cellules contiendraient des quantités de tyrosinase trop faibles pour être décelables par l'action de la tyrosine, puissent néanmoins oxyder la dioxyphénylalanine. Celle-ci ne serait, en somme, qu'un révélateur plus sensible de la présence de la tyrosinase.

Mais cette hypothèse se heurte à une objection. Si l'oxydation de la dopa dans les coupes de peau humaine ou de mammifères était due à une tyrosinase, comment expliquer qu'on n'ait jamais réussi à extraire ce ferment alors que son extraction est aisée lorsqu'on s'adresse au son, aux pommes de terre, aux champignons.

On peut invoquer la notion de quantité. Si le ferment est, en proportion très faible intra-cellulairement, peut-être même limité à une région de la cellule, il est possible qu'à la suite de la macération, de l'expression, il se trouve en quantité trop petite pour pouvoir manifester son action.

Pour tous ces motifs, il nous paraît injustifié d'admettre l'existence d'un nouveau ferment spécifique n'agissant que sur la dopa. Telle est d'ailleurs, avons-nous vu, l'opinion de Przibram, celle de Lignac et celle de Oppenheimer qui dit « Quant à la dopa qui n'oxydrait que le 1. 3. 4, dioxyphénylalanine, son existence n'a jamais été prouvée. C'est un ferment comme les autres qui agissent sur les diphénoles ».

*
* *

RECHERCHES SUR LA MÉLANOGENÈSE ET LES CORPS PYRROLIQUES

Nous devons maintenant dire quelques mots des recherches conduites par l'hypothèse que le chromogène n'est pas un acide amino-phénol mais un composé pyrrolique.

Nous avons vu qu'au cours du siècle dernier on a supposé que la mélanine, pigment cutané, dérivait de l'hémoglobine, pigment sanguin, ce qui permettait de supposer la présence du groupe pyrrolique dans sa formule de constitution.

De multiples motifs, chimiques ou physiologiques, ont fait abandonner cette hypothèse. Néanmoins quelques auteurs italiens ont poursuivi des recherches qui supposent que le noyau pyrrolique joue un rôle important dans la mélanogenèse.

Rondoni, s'inspirant des observations de Angeli, qui avait

observé la formation d'un pigment noir en faisant agir des solutions diluées de pyrrol sur des pommes de terre traita des coupes de peau de cobaye par cette solution. Il constata une coloration brune du bulbe pileux et de l'épiderme mais non point aussi intense qu'avec la dopa.

Un peu plus tard la question fut reprise par Mario Quattrini. Les expériences consistèrent en l'injection sous-cutanée de divers corps, et l'observation de pigmentations provoquées. Il renonça à l'emploi du pyrrol lui-même, dont les solutions sont trop facilement altérables. Il utilisa l'acide α pyrrolcarbonique et aussi l'α méthylindol et le β éthylindol (scatol), etc.

Sur les lapins, l'injection sous-cutanée de ces produits faisait apparaître localement des aires brunes, entre le 9e et le 18e jour, parfois plus tôt.

Cette pigmentation ne se produit ni chez l'animal albinos, ni dans les zones blanches des animaux bigarrés. Le phénomène est analogue chez le cobaye mais moins net.

Le système pileux est intéressé. Les poils, coupés avant l'injection autour de l'emplacement de celle-ci repoussent en présentant la coloration des poils longs, plutôt exagérée et non celle du duvet, et sont plus colorés à la base qu'à l'extrémité.

Ce pigment se forme également ailleurs que dans la peau. Vers le 70e jour, on en trouve dans la circulation dans le foie, la rate et le poumon.

Ces expériences nous paraissent intéressantes par deux points : la longue période latente (9 à 18 jours) qui précède l'apparition de l'aire pigmentée semble indiquer qu'elle n'est pas produite par une banale oxydation chimique du chromogène injecté. Même s'il s'agit d'un phénomène fermentaire, le ferment qui le produit est très peu actif. Ceci s'accorde avec l'impossibilité d'extraire ce ferment de la peau d'animaux adultes, impossibilité à laquelle se sont heurtés tous les expérimentateurs.

Le second point à retenir, c'est l'élimination par les poils du pigment formé. Ceci semble indiquer que les cellules pileuses traitent ce pigment comme un produit naturel. Mais on ne saurait aller plus loin, et dire que l'élimination de cette mélanine artificielle par des voies naturelles constitue la preuve de son identité avec la mélanine physiologique. Le rein, par exemple, élimine par l'urine, voie naturelle, des corps étrangers à l'organisme comme ceux qui font partie normale de sa constitution.

RÔLE DU SOUFRE DANS LA MÉLANOGENÈSE

Pour en terminer avec cette question de la mélanogenèse, rappelons la théorie qui fait jouer un rôle au S dans la pigmentation :

Le P. Loeper et ses collaborateurs ont consacré une série de travaux à l'étude des variations du soufre dans le sang et dans les divers organes : ils pensent fort justement que ces variations, jusqu'ici mal connues doivent être d'un grand intérêt physiologique, le soufre jouant un rôle actif dans les oxydations et réductions de l'organisme ; particulièrement le glutathion dont Blanchetière et Binet ont étudié les variations dans divers états pathologiques, joue un rôle oxydo-réducteur extrêmement important.

MM. Lœper, Ollivier et Tonnet ont, d'une part, reconnu que le sang de sujets mélanodermiques était plus riche en soufre que la normale. Les taux de soufre neutre les plus élevés se rencontrent dans les états pigmentaires. D'autre part, ces auteurs ont montré que la surrénale fixe du soufre neutre. Enfin, la peau et la mélanine sont des organes riches en soufre. Mais les chiffres donnés par les différents auteurs varient considérablement. La question mériterait d'être reprise, surtout maintenant que la présence abondante de glutathion dans la peau a été notée par Madge Kaye.

Quant à la teneur en S de la mélanine, la concordance des diverses analyses n'est guère meilleure, et ceci se comprend en raison de la dificulté de savoir si la mélanine utilisée pour le dosage est pure ou non.

La mélanine formée par oxydation diastasique de la tyrosine. ne renferme évidemment pas de soufre.

En ce qui concerne les mélanines naturelles, les auteurs sont loin d'être en accord. D'une façon générale la teneur en soufre qu'ils indiquent est élevée. Mais Heinlein, à qui on doit une des études les plus récentes et les plus complètes de ce corps, ne considère pas le soufre comme un des constituants essentiels de la mélanine. La présence du métalloïde serait due à des combinaisons physiques ou chimiques plus ou moins stables qu'il peut contracter avec la molécule de mélanine.

Le soufre joue-t-il un rôle direct dans l'oxydation du chromogène, ou bien intervient-il pour modifier le métabolisme cellulaire, tel est un des problèmes à résoudre.

II. — Les ferments cutanés (1).

Il y a peu de temps que l'on a reconnu la présence de ferments dans la peau. Aussi nos connaissances sur ce point sont-elles très restreintes et ne permettent-elles pas encore d'entreprendre une étude d'ensemble sur ce sujet.

Nous devons donc nous contenter d'exposer successivement les travaux poursuivis à propos de chacun des ferments qui ont été recherchés dans la peau.

A l'occasion de la mélanogenèse nous avons traité la question de la présence éventuelle de la tyrosinase ou d'un ferment oxydant analogue, dans le revêtement cutané : nous n'y reviendrons pas. Indiquons seulement que Yamasaki a reconnu à l'extrait de peau humaine de la partie supérieure de la cuisse, un pouvoir oxydant vis-à-vis de l'adrénaline et surtout de la pyrocatéchine.

Catalase. — Les premiers auteurs qui aient, à notre connaissance, signalé la présence de catalase dans la peau sont Sexsmith et Petersen.

Ces auteurs prélevèrent de la peau du sujet ou de l'animal, en détachèrent le tissu conjonctif au rasoir, puis le découpèrent en petits morceaux et la desséchèrent à 25° dans un courant d'air. Ensuite ils placèrent le produit dans un dessiccateur pendant la durée d'une nuit et le lendemain le pulvérisèrent. La poudre ainsi obtenue fut passée à travers le tamis n° 40. Il fut utilisé pour les expériences sous forme de suspension à 0,5 o/o dans une solution saline isotonique.

Pour mesurer sa richesse en catalase les auteurs l'ont fait agir sur une solution de peroxyde d'hydrogène à 50 o/o. Les résultats sont exprimés en centimètres cubes d'oxygène dégagés de 0 à 30 minutes par 100 milligrammes de peau sèche.

(1) Nous ignorons par quelle couche cellulaire sont sécrétés ces ferments, mais il n'est pas irrationnel de supposer que la couche de Malpighi peut jouer un rôle principal dans cette sécrétion. A ce sujet rappelons l'hypothèse de J. Audrain (*Le système de la lymphe et son importance en pathologie générale*, Doin, éd. 1920). Pour cet auteur, la lymphe prend son origine dans le corps muqueux de Malpighi, sécrété surtout par les filaments d'union, puis circule dans un réseau d'espaces libres et perméables qui communiquent avec les vaisseaux collecteurs de la lymphe. S'il était possible de recueillir cette lymphe dès qu'elle abandonne la peau et s'enfonce dans la profondeur des tissus, il serait intéressant d'y rechercher les ferments par comparaison avec ceux que renferme une trituration de cette même peau d'où provient la lymphe.

Les échantillons de peau avaient été prélevés sur des porcs (fœtus ou adultes), sur des grenouilles, des cobayes, chiens, lapins, chats, de jeunes poulets. Pour l'espèce humaine, l'étude a porté sur des échantillons de peau de cadavres sains. et sur des peaux de sujets morts l'un d'alcoolisme aigu, l'autre de péritonite au cours d'une grossesse.

Le plus fort dégagement d'oxygène fut obtenu avec la peau de jeune poulet (43 cc. en 30 minutes). La grenouille n'en fournit point. Les autres sortes de peau présentèrent des richesses en catalase qui s'échelonnèrent entre ces deux extrêmes. Les peaux humaines normales fournirent un dégagement abondant (l'une environ 25 cc., l'autre environ 40). Les échantillons provenant des sujets malades donnèrent lieu à un dégagement beaucoup plus faible.

Remarquons que, dans ces expériences, on n'a pas tenu compte de la cause d'erreur que peut introduire la présence éventuelle de sang, si riche en catalase.

Cet écueil a été vu par Yamasaki.

Cet auteur — qui ne connaissait pas le mémoire de Sexsmith et Petersen — découpe la peau en petits morceaux qu'il broie au mortier en présence d'éclats de verre jusqu'à obtention d'une bouillie homogène qu'il dilue par addition d'eau (20 à 30 grammes de peau pour 20 à 40 cc. d'eau). Cette bouillie épaisse est gardée à la glacière jusqu'au lendemain, puis centrifugée. On obtient ainsi un liquide clair ou légèrement opalescent de pH compris entre 7,1 et 7,5. C'est ce liquide de macération dont Yamasaki étudiait les pouvoirs fermentaires et entre autres celui de décomposer l'eau oxygénée.

Malheureusement cet auteur présente ses résultats sous forme d'un tableau de nombres de centimètres cubes de permanganate N/20 sans indiquer clairement à quoi se rapportent ces nombres (qui varient de 11 cc. 5 à 42 cc.).

D'autre part le volume d'eau utilisé pour faire la macération ne semble pas être bien précisément déterminé (20 à 30 grammes de peau pour 20 à 40 cc. d'eau).

Ces expériences de Yamasaki nous apprennent donc qu'il y a de la catalase dans la peau, mais ne nous renseignent pas sur sa quantité.

Amylase. — Sexsmith et Petersen ont préparé une suspension de peau comme il fut indiqué ci-dessus, à propos de la catalase.

Ils y mesurèrent le pouvoir amylotique par la méthode de Wohlgemuth (addition de volumes décroissants d'extrait de peau à 2 cc. de solution d'amidon à 1 o/o, placée à 37° pendant 24 heures et détermination de la plus petite quantité de peau ayant suffi à faire disparaître la colorabilité en bleu par l'iode). Le résultat est exprimé en nombre de centimètres cubes d'amidon à 1 o/o que 1 centimètre cube de la solution étudiée (ici la macération de peau) peut en 24 heures dépouiller de son pouvoir de colorabilité en bleu par l'iode. Les résultats se résument dans le tableau suivant :

Embryon de porc. . . .	32	Homme	4
Poulet.	16	Cobaye	4
Enfant.	12	Porc	4
Grenouille	12	Lapin	2
Chat	12		

Foie (pris comme point de comparaison) 16.

Yamasaki a pratiqué la même recherche en utilisant la macération de peau prélevée sur des cadavres, préparée comme il est dit à propos de la catalase. Son mémoire porte qu'il utilisa un empois d'amidon à 1 o/oo (et non pas à 1 o/o comme le conseille Wohlgemuth et comme l'ont fait Sexsmith et Petersen).

Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessous :

Empyème vésiculaire.	32,3
Bronchopneumonie tuberculeuse . . .	32,3
Carcinome péritoine.	16,0
Péritonite	32,3
Phtisie pulmonaire	32,3
Aortite syphilitique	64,5
Dégénérescence du myocarde	250.000
Insuffisance aortique.	500
Endocardite syphilitique avec embolie. .	32,3
Coma diabétique.	64,5

Les deux nombres aberrants (500 et 250.000) ne sont pas commentés par l'auteur.

Rappelons que ces chiffres se rapportant à une solution d'amidon à 1 o/oo et non à 1 o/o comme d'ordinaire dans la méthode de Wohlgenuth ne peuvent être comparés sans correction avec ceux des autres auteurs.

Il est d'autre part très difficile de confronter ces résultats avec ceux de Sexsmith et Petersen, en raison de la différence des techniques.

La graisse de tissu cellulaire sous-cutané s'est montrée d'une richesse en amylase analogue à celle de la peau (32 à 64). L'auteur signale que Maeda (1), opérant sur le foie par la même méthode lui a trouvé seulement un pouvoir diastasique = 3.

Il faut faire une place à part aux recherches de Przylecki. Alors que les auteurs précédents tentaient de mesurer le pouvoir amylotique de la peau détachée de l'organisme, Przylecki fit séjourner des grenouilles vivantes dans de l'eau stérile à 20°, et détermina le pouvoir amylotique acquis par le liquide. L'auteur s'efforçait de désinfecter préalablement la peau des animaux par lavage à l'eau stérile et les disposait de façon que leur salive ne puisse venir souiller l'eau dans laquelle ils plongeaient. Il a constaté que dans la plupart des cas l'eau restait en effet stérile. Dans ces conditions, une grenouille de 200 grammes fournit en 24 heures une quantité de diastase suffisante pour faire disparaître 30 milligrammes d'amidon.

Une partie de l'amidon décomposé est absorbée par la peau.

L'eau dans laquelle a séjourné la grenouille possède en outre des propriétés diastasiques vis-à-vis du glycogène, de la dextrine, du maltose, mais est inactive vis-à-vis du raffinose et du saccharose. Elle renferme également des traces d'une diastase protéolytique.

L'excitation de la peau par le courant électrique augmente considérablement la sécrétion diastasique cutanée.

Pour expliquer ces propriétés, Przylecki invoque une bien intéressante considération embryologique : « Il semble que la propriété de la peau d'absorber et de digérer est un résidu de propriétés qu'avaient tous les tissus et qu'ils ont perdus ensuite pour mieux protéger l'organisme contre les changements de son milieu extérieur.

Lipase. — Porter, le premier, signale dans la peau la présence de lipase agissant sur le tristéarine, et aussi de ferments capables d'attaquer la cire, ce qui, d'après cet auteur, expliquerait des variations de l'acido-résistance de bacille tuberculeux des lésions cutanées. En outre, la peau renfermerait en abondance des ferments capables d'attaquer les éthers du cholestérol.

Sexsmith et Petersen ont étudié le pouvoir lipasique d'une émulsion de peau, préparée comme il fut indiqué à propos de la

(1) *Bioch. Zeit.*, t. CXLIII, 11, 3-4, 1923.

catalase. Ils le firent agir sur du butyrate d'éthyle, de l'émulsion de beurre à 10 o/o ou de l'huile d'olive, pendant 24 heures à 45°. Ils mesurèrent alcalinimétriquement l'indice de saponification. Leurs résultats sont exprimés en un tableau, dans lequel on voit que la peau humaine possède un pouvoir lipasique qui est très approximativement égal au dixième de celui du foie, et du même ordre de grandeur que celui de la peau de divers animaux.

Yamasaki poursuivit de son côté des recherches analogues. Pour mesurer le pouvoir lipasique, il utilise la méthode stalagmométrique de Rona et Michaelis (mesure de la variation du nombre de gouttes fournis par 1 centimètre cube de la solution (lipase + lipide) lorsqu'on laisse s'écouler ces liquides d'un même compte-gouttes avant et après l'action du ferment. Il a constaté dans les 24 cas étudiés, une forte action lipasique vis-à-vis de la tributyrine (en moyenne diminution de 30 o/o du nombre de gouttes. Cette lipase présente une propriété particulière qu'elle partagerait seulement avec celle du placenta. Les lipases du foie, de l'intestin, du sérum éprouvent une action empêchante de la part de l'atoxyl ou de la quinine, ou de ces deux corps à la fois. La lipase de la peau y est insensible, de même, a reconnu Yamasaki, que la lipase du tissu graisseux. Cependant Wohlgemuth a noté une action partiellement empêchante de la quinine. Sugahira dans le laboratoire de Wohlgemuth, a confirmé ce résultat, et a observé que l'atoxyl avait à peu près la même influence, bien faible d'ailleurs.

Ce dernier auteur étudiant la répartition de la lipase dans la peau humaine a constaté que la peau des régions génitales était particulièrement riche en ce ferment.

Melczer a montré que la peau des lésions lupiques était très pauvre en lipase.

D'autres diastases ont été recherchées dans la peau : un ferment glycolytique, un autre formant de l'aldéhyde acétique à partir du glucose, des ferments protéolytiques et antitryptiques. La place nous manque pour exposer ces travaux.

Comparaison de la teneur en ferments de la peau humaine et de celle de divers animaux. — Outre les résultats partiels obtenus par les divers auteurs que nous avons passés en revue, Sugahira, dans le laboratoire de Wohlgemuth, a systématiquement dosé — par les méthodes indiquées ci-dessus — l'amylase, la phénolase (oxydase), la gélatinase (trypsine) et la lipase.

D'une façon générale, la peau humaine est moins riche en ferment que celle des animaux. Le même auteur a constaté qu'il n'y a pas parallélisme entre la teneur en diastase du sérum et celle de la peau.

Influence des irradiations. — Sougahira, ayant irradié au moyen de diverses sources le dos rasé de cobayes, a constaté sous l'action des radiations riches en ultra-violet une augmentation de la quantité d'oxydase, alors que la lipase et surtout l'amylase étaient diminuées.

Par contre les rayons X diminuent la teneur en oxydase, sans influencer la lipase ni l'amylase.

Sous l'influence de ces diverses radiations, il n'y a pas de variation du taux des ferments dans le sérum.

CONCLUSIONS

En manière de conclusions nous avouons notre ignorance et de la nature exacte du pigment mélanique et de son mode de formation.

Sans doute il est constitué par de la mélanine : mais nous avons vu l'imprécision de ce terme. On connaît précisément une mélanine, produit que l'on peut obtenir synthétiquement par l'action oxydante de la tyrosinase sur la tyrosine. Or d'autres amino-acides phénoliques, on le sait depuis longtemps, sont capables de fournir par oxydation chimique ou fermentaire des corps de coloration très foncée. Ces produits ont encore été à peine étudiés. Leurs propriétés sont assez voisines de celles de la mélanine de tyrosine pour qu'on les confonde trop habituellement avec celle-ci ; on écrit mélanine au singulier alors qu'il faudrait employer le pluriel.

L'analyse chimique fut impuissante jusqu'ici à différencier ces diverses mélanines et à nous permettre de remonter à partir d'une mélanine jusqu'à l'amino-acide-phénolique qui l'a engendrée.

La physiologie pathologique, par la connaissance de l'hyperpigmentation dans les maladies qui s'accompagnent d'un trouble des glandes surrénales nous conduit à penser avec B. Bloch que le chromogène du pigment doit être pourvu de deux oxydryles phénoliques, comme l'adrénaline. Hypothèse préférable, mais hypothèse.

Nous ignorons donc la nature du chromogène qui engendre le pigment.

Quant au mécanisme qui détermine cette formation on ne peut le considérer comme totalement élucidé.

Il est vraisemblable qu'elle est due à l'action d'une diastase identique ou analogue à la tyrosinase, diastase qu'une circonstance particulière ne permit pas encore d'extraire ni même de mettre en évidence *in situ* par son action sur la tyrosine. Cette circonstance particulière consiste peut-être seulement en la faible proportion du ferment dans la cellule, ce qui exige, pour déceler le ferment, un amino-acide phénolique tel que la dioxyphénylalanine, plus sensible que la tyrosine.

Un facteur nous paraît d'une grande importance : la réaction du milieu.

L'oxydation diastasique des amino acides phénoliques envisagés ici se produit plus aisément en milieu légèrement alcalin. Ceci conduit à considérer le grain de mélanine et son « atmosphère alcaline » comme le produit terminal d'un métabolisme, produit insoluble que le cytoplasme a tendance à éliminer en maintenant constante sa propre composition et c'est bien ainsi que la mélanine peut finalement être rejetée par les lymphatiques, voie naturelle d'élimination de corpuscules devenus étrangers à l'organisme.

La mélanine présente donc le caractère d'un produit de déchet immobilisé dans la cellule sous forme insoluble et inapte normalement à d'ultérieures transformations.

Quant aux ferments de la peau, l'ensemble des recherches qui leur furent consacrées est encore trop peu cohérent pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Un fait cependant paraît démontré : la présence de ces ferments dans le revêtement cutané.

Leur importance physiologique ne pourra être déterminée qu'une fois connue la fonction accomplie par eux (si tant est qu'ils en accomplissent une, la présence d'une diastase dans une cellule ne prouvant nullement que cette diastase trouve dans le milieu un élément nécessaire à son action.

Mais si nous sommes amenés à considérer la peau comme une glande à sécrétion diastasique, cette glande se trouve être pondéralement la plus grosse de l'organisme, 4 kilogrammes environ, et l'importance des variations de son fonctionnement serait considérable pour l'économie générale.

En ce qui concerne la pathologie cutanée, les ferments de la

peau ne présentent pas moins d'intérêt : que devient leur sécrétion au cours des diverses dermatoses? certaines de celles-ci ne sont-elles pas dues à une hyper- ou à une hypoformation des ferments cutanés normaux ?

Les hypothèses se présentent facilement, bien plus aisément que la possibilité de les contrôler et nous sommes encore arrêtés par les difficultés techniques.

Les quantités de ferments contenus dans la peau varient vraisemblablement sous des influences physiologiques ou pathologiques.

Seule la connaissance de ces variations nous permettra de comprendre le rôle biologique des ferments cutanés. Mais la mesure de ces variations présuppose l'emploi de techniques rigoureusement fixées et contrôlées dont la précision soit à la taille de ces faibles variations elles-mêmes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Un index bibliographique très complet jusqu'en 1926 suit l'important Traité de J. Verne. On ne saurait trop conseiller au lecteur de se reporter à cet ouvrage : *Les Pigments dans l'organisme animal*, par J. Verne, Dr ès sciences, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. 608 pages, Doin, éditeur, 1926, Paris.

Signalons ensuite deux monographies :

K. Lindberg. — Autour de la question du pigment cutané. Ces *Annales*, 1923, juin et juillet.

A. Sézary. — Les conditions de la Pigmentation cutanée, *Biologie médicale*, janvier 1924.

Récemment vient de paraître une étude de B. Bloch, *Das Pigment*, cent pages suivies d'une bibliographie abondante. Cette étude fait partie du premier volume (1re partie) du *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, Springer, éd., Berlin, 1927.

Je ne rapporte ci-dessous qu'un petit nombre de travaux choisis parmi les plus importants. Pour plus ample documentation je renvois à mon Mémoire du *Bulletin de la Société de chimie biologique* (décembre 1927) et aux *Etudes sur la chimie physiologique de la peau*. En collaboration avec MM. J. Verne, Combes, Parat, Dujarric de la Rivière, Urbain, de Saint-Rat, 1 vol. Legrand éditeur, Paris (sous presse).

Alb (Hans). — Ueber das Auftreten von Brenzkatechinderivaten als Pigment vorstufen (Mélanogène) im Harm und den Nachweis des pigmentbildenden Fermentes (Dopa oxydase); im Haut Preszsaft von Kaninchen) *Inaug. Dis. Fac. Med. Zurich.* J. J. Meier, édit. Zurich, 1926.

Bertrand (Gabriel). — On ne peut transcrire ici la liste de toutes les publications de cet auteur sur les oxydases, les suivantes se rapportent plus spécialement au sujet : *Bul. Soc. Chim.*, t. XV, 1896, p. 791 ; *C. R. Ac. Sc.*, t. CXXXII, 1896, p. 1215 ; *Ann. Inst. P.*, t. XXI, 1907, p. 833, et t. XXII, 1908, p. 381.

Bloch (Bruno). — De toute la série des publications de B. Bloch et de ses collaborateurs, nous citerons seulement les mémoires ci-après, qui renvoient aux autres publications : *Hoppe Seylers Zeit.*, t. XCVIII, 1916-1917, p. 226; *Zeit. f. exper. med.*, t. V, 1917, p. 179 ; *Zeit f. Dermat.*, 1917, p. 129. L'ensemble des travaux de B. Bloch est exposé avec une abondante bibliographie dans Das Pigment, t. I, 1re partie de *Handbuch der Haut und Geschlechtskrank.*, Springer, éd., Berlin, 1926.
Bloch (Br.) et Schaaf (F.). — *Bioch. Zeit*, t. CLXII, p. 181, 1925.
Brahm et Me Schmidtmann. — *Virchov's Arch.*, t. CCXXVII, 1920, p. 137.
Ducrey (Eugène). — Ueber den Nachweis des pigmentbildenden oxydationsfermentes im Hautbrei und in Haut extracten. *Inaug. Dissert.*, Bâle, 1917.
Durham (Florence). — *Proced. of Royal Soc.*, décembre 1904, n° 502.
Furth (von) et Jerusalem. — *Hofmeist. Beitr.*, 10, 1907.
Heinlein. — *Bioch. Zeit.*, t. CLIV, 1924, pp. 24-34.
Hirai. — *Bioch. Zeit.*, t. CXXXV, 1923, p. 304.
Kebata (Tashisuki). — *Bioch Zeit.*, 186 u. 1/4, p. 43, 1927.
Klopstock. — *Dermat. Woch.*, 2 octobre 1926, et *Bioch. Zeit.*, t. CLIII, 1924, p. 487.
Lignac. — *Virch. Arch*, t. CCXL, 1922, p. 383.
Lœper. — *C. R. Soc. Biol.*, 1925 ; *Soc. Med. Hop.*, 25 fév. 1926 ; *P. M.*, septembre 1926 et numéro spécial, *Progrès médical*.
Meirowski. — *Frank. Zeit. f. Path.*, 1909, p. 438.
Nakamura. — *Bioch. Zeit.*, t. CLXXIII, 1926, p. 258.
Oppenheimer. — *Die Fermente*, livraison 12, pp. 17-89.
Onslow. — *Proc Royal Soc.*, série B., vol. LXXXIX, p. 36, 1915.
Piettre. — 1er Cong. Int. Path. Comparée 1912. Masson, éd. *Journ. Biol. Chem.*, juin 1911 et *Bul. Soc. Biol.*, 1912, p. 498
Prizsbram et Brecker. — *Arch. f. Entwickl. mech.* Voir la série des numéros de ce périodique les nombreux travaux de Prizbram et de ses collaborateurs particulièrement t. XLV, 1919, p. 199, t. XLVIII, 1921, p. 140.
Przylecki. — *Arch. Int. Physiol.*, t. XXII, 1923-1924, p. 219.
Quattrini. — *Giorn. Ital. Mal. Ven.*, 1923, p. 120.
Salkowski — *Beitr. Chem. Physiol.*, 1920, p. 227 ; *Virchov's Arch.*, t. CCXXVIII, 1920, pp. 240 et 468, 1922, p. 354.
Schmolfuss. — L'ensemble des travaux de cet auteur est rassemblé dans *Chemismus der Entstehung von Eigenschaften* (Schalfuss et H. Werner), 1 vol. Borntræger, édit., Leipzig, 1926.
Sexsmith et Petersen. — *J. of exp. Med*, 1918, p. 273.
Sugahira. — *Bioch. Zeit.*, t. CLXIII, 1925, p. 260.
Wohlgemuth. — *Bioch. Zeit.*, 1908-1909, p. 1, et *Arch. f. Verdauungs*, t. XXXVII, 1926, p. 225.
Yamasaki. — *Bioch. Zeit.*, t. CXLVII, 1924, p. 202.

LA PELADE TRAUMATIQUE

Par Fr. MOUTIER et P. LEGRAIN

Depuis les travaux de Jacquet établissant que la pelade n'est ni transmissible, ni inoculable, la théorie parasitaire en a été abandonnée. Pour certains auteurs, la pelade est une affection d'origine nerveuse, théorie basée surtout sur les expériences de Max-Joseph qui produisit des taches alopéciques chez le chat après section des nerfs occipitaux. Mais ces alopécies n'avaient qu'une analogie apparente avec l'alopécie en aires (Sabouraud, Darier) et, malgré la coïncidence assez fréquente de la pelade avec les céphalées, les névralgies, le vitiligo, malgré la vogue actuelle des troubles d'origine sympathique, cette théorie est loin d'être universellement admise, en raison de la disposition toujours irrégulière des plaques de pelade, ne correspondant ni à une distribution périphérique, ni à une distribution radiculaire.

Pour Jacquet, la pelade n'est qu'un trouble dystrophique d'origine réflexe; les causes les plus diverses — nous savons quelle part Jacquet et ses élèves firent à la pelade d'origine dentaire — peuvent la faire apparaître chez des sujets prédisposés sans que cette prédisposition ait jamais pu être déterminée d'une façon rigoureuse malgré les recherches urologiques et humorales de Jacquet. Cette théorie revient à considérer la pelade comme un syndrome et, dans l'ignorance où nous sommes de la cause véritable de l'alopécie en aires, si cette cause existe, les travaux les plus récents ont eu pour but de rechercher les facteurs réels ou occasionnels qui conditionnent son apparition. Sabouraud l'a observée au cours des éruptions tardives de la dent de sagesse, comme complication de la ménopause ou associée avec le vitiligo. Il insiste sur son caractère souvent héréditaire et sur la fréquence des accidents syphilitiques dans les antécédents des peladiques ; mais il faut bien reconnaître que ces facteurs étiologiques ne sont responsables que de quelques faits isolés, en face

des cas innombrables auxquels on ne saurait actuellement attribuer aucune étiologie précise.

Parmi ces causes étiologiques, faut-il faire une place à la pelade traumatique ?

Nous désignons sous ce nom les pelades consécutives à des traumatismes accidentels ayant atteint une région du corps, généralement la tête ou le cou, ou secondaires à des traumatismes opératoires (opérations pratiquées sur le cou et la tête).

Nous laisserons volontairement de côté les pelades par choc nerveux, psychique, dont l'origine ne nous paraît pas niable, mais qui sortent du cadre de ce mémoire. C'est ainsi que nous n'avons pas tenu compte des alopécies apparues chez de grands commotionnés (accidents d'auto, de chemin de fer, etc.).

Or, la question de la pelade traumatique est elle-même fort discutée. Sabouraud, à propos d'un cas de pelade traumatique présenté par Lévy-Franckel et Guillaume (*Société de Dermatologie*, 2 avril 1925) déclare n'avoir vu durant la guerre un seul cas de pelade consécutive à un traumatisme. Cependant, d'après lui, cela n'enlève rien à l'intérêt du cas présenté, mais il recommande de surseoir à toute conclusion en attendant que des cas semblables à celui-ci deviennent plus nombreux.

Pour Thibierge, la pelade d'origine traumatique, si elle existe, doit être extrêmement rare. « Pendant la guerre, dit cet auteur, je l'ai recherchée en vain. Aucun dermatologiste, ni aucun neurologiste n'a pu m'en faire voir un seul cas. Je n'ai vu que des fausses pelades résultant de l'emploi des rayons X pour l'examen des blessés du crâne comme en ont vu Knack, Klaussner, Frenkel... Quant à la pelade généralisée, je n'en ai trouvé dans la littérature dermatologique de guerre qu'un seul cas et il m'a semblé prêter à discussion ».

Lévy-Franckel est d'une opinion contraire. Il déclare avoir relevé de nombreuses observations de pelade à la suite de traumatisme et il déclare en avoir suivi 15 cas personnels.

Néanmoins, de ces diverses opinions on peut déjà conclure que la pelade traumatique, si elle existe, reste une exception. En effet, la guerre, avec ses multiples blessés, devait trancher la question d'une façon définitive. Il n'en a rien été ; les observations de pelade consécutive aux traumatismes de guerre sont restées exceptionnelles. Aussi nous a-t-il paru intéressant de publier trois cas de pelade que nous avons eu l'occasion d'obser-

ver à la suite de la bataille de la Marne. Il s'agit de trois cas de pelade ophiasique dont nous rapporterons succinctement les observations et dont les figures ci-contre montreront le large développement.

Obs. I (personnelle). — Mor..., 23 ans, blessé le 29 août 1914. Balle dans le lobe frontal antérieur gauche. Pas de suppuration au niveau de la plaie. Signes de commotion cérébrale très nets, sous forme de céphalée avec obnubilation intellectuelle. Le malade est opéré le



Fig. 1.

10 octobre. La pelade débute deux ou trois jours après l'opération, soit environ six semaines après le traumatisme. Cette pelade se développe très rapidement et occupe tout le pourtour du cuir chevelu selon le type de la pelade ophiasique totale, laissant pourtant intacte toute la région de la nuque comme l'indiquent les figures ci-jointes (fig. 1 et 2).

Obs. II (personnelle). — Barb..., 25 ans, blessé le 31 octobre 1914 au niveau de la région pariétale gauche. Le malade, au mois de décembre, présente des symptômes de suppuration et d'irritation



Fig. 2.

fronto-pariétale. Le 25 décembre, avant toute opération, soit sept semaines après le traumatisme, apparition d'une pelade marginale du côté droit, au niveau de la région temporo-fronto-pariétale droite (fig. 3). Mort de méningite purulente au cours du mois suivant.



Fig. 3.

Obs. III (personnelle). — Allemand, 21 ans, blessé le 2 décembre 1914. Balle traversant le crâne de part en part au niveau de la fosse temporale. Pas de symptômes d'irritation cérébrale, mais cécité gauche complète par section du nerf optique gauche. A la fin de décembre, est pratiquée sur le malade la résection de l'œil. Quatre semaines après le traumatisme et deux ou trois jours après l'intervention, apparition d'une pelade homonyme marginale fronto-temporo-pariétale (fig. 4).



Fig. 4.

Ces trois cas de pelade consécutive à des blessures de guerre, observés en quelques semaines dans un centre neurologique, nous ont paru intéressants à divers titres, et d'abord par la netteté du diagnostic de pelade, indiscutable à la seule vue des photographies. *Il ne peut d'ailleurs être question d'alopécie par suite de rayons X*, ces malades n'ayant jamais été soumis à la radiothérapie. Cette cause d'erreur a été ignorée durant la guerre par de nombreux observateurs ; ceux-ci confondaient les plaques alopéciques consécutives aux rayons X, plaques à bords nets, géométriques, d'orbicularité parfaite, avec les plaques peladiques vraies, à marge toujours plus ou moins ovalaires. C'est ainsi que Fraenkel (30) a publié, en 1911, 11 observations de fausse pelade traumatique recueillies dans un centre ophtalmologique et liées à des radiographies répétées.

On ne peut objecter à nos observations une erreur semblable ; ce sont bien des cas de pelade vraie. Les trois cas sont tout à fait comparables au point de vue de la distribution des plaques ; il s'agit de pelade de bordure ou pelade dite ophiasique, surtout marquée dans notre première observation : la pelade ophiasique y est totale, faisant le tour entier de la tête en laissant seulement une touffe de cheveux au niveau de la nuque. Cette distribution de l'alopécie en bordure du cuir chevelu est tout à fait remarquable, car nous ne l'avons vue signalée à ce degré dans aucun autre cas de pelade traumatique. La pelade est homonyme dans le troisième cas, homonyme et extensive dans le premier cas, croisée dans le second cas. La date d'apparition varie de la quatrième à la septième semaine ; dans deux cas, e le est survenue deux ou trois jours après l'opération.

Nous retrouverons ces caractères dans la plupart des diverses observations que nous avons dépouillées, de même que nos trois cas se sont acccompagnés de symptômes d'irritations ou de lésions nerveuses importantes, céphalées et obnubilation dans le premier cas, suppuration intracrânienne dans le deuxième cas, section du nerf optique dans le troisième cas.

Ces trois observations, si comparables entre elles, nous ont incité à rechercher dans la littérature les cas analogues, laissant de côté les *alopécies traumatiques*, siégeant uniquement au niveau de la blessure sans tendance extensive, et les *alopécies post-suppuratives*, alopécies localisées aux lieu et alentours du foyer purulent. Nous en avons relevé, en y comprenant nos trois observations personnelles, 44 cas (1). Parmi ceux-ci, il en est comme celui de Sherwel (17) qui ont la valeur d'observations expérimentales et que nous résumerons succinctement :

Garçon de 8 ans. A la suite d'une chute avec contusion sur la partie postérieure de la tête survenue six semaines auparavant, il présente en octobre 1894 une plaque de pelade commençant à la nuque et s'étendant jusqu'à la gouttière occipitale. Présence d'autres plaques de pelade sur diverses parties du cuir chevelu. Guérison lente, mais progressive. Revient consulter en septembre 1906, ayant subi une contusion grave de la partie postérieure de la tête, approximativement au même endroit que 12 ans auparavant et due à un coup de

(1) Cet article était déjà à l'impression quant a été publié par le Dr Petit de la Villéon une intéressante observation : Un cas de vaste alopécie traumatique (*Bulletin de la Société des Chirurgien de Paris*, 18 novembre 1927).

base-ball. Alopécie totale se produisant d'abord par plaques; puis disparition progressive de celles-ci.

On ne peut trouver de cas plus favorable à l'étiologie de la pelade d'origine traumatique puisque, à 12 ans d'intervalle, un traumatisme portant sur la même région postérieure de la tête a été suivi d'une pelade indiscutable.

Pelades a plaques multiples (cuir chevelu et barbe).

Nous avons retrouvé dans la littérature un certain nombre de pelades à plaques multiples du cuir chevelu, dont nous résumerons succinctement les observations.

Obs. de Pontoppidan (5). — Fillette de 10 ans, opérée pour une tumeur ganglionnaire de la région carotidienne. Trois semaines après, nombreuses plaques de pelade avec tendance extensive. Arrêt de l'extension au bout d'un mois. Repousse complète.

Obs. de Martino (21). — Fillette de 9 ans. Coup de bâton à la région occipito-pariétale droite. Un mois après, au niveau du trauma, perte des cheveux qui s'accentue les jours suivants et envahit une grande partie de la région occipitale. Repousse rapide en peu de mois.

Obs. de Martino (21). — Jeune homme, 17 ans. Contusion à la tête. Un mois après, perte des cheveux laissant une zone complètement glabre dans la région temporale, deux autres plaques de 10 et de 5 centimètres à la région occipitale. Ces plaques finissent par devenir confluentes.

Obs. de Trautmann (22). — Couturière, 43 ans, opérée à plusieurs reprises pour sinusite purulente (ethmoïde et sinus sphénoïdal). Quelques semaines après la dernière intervention apparaissent deux plaques d'alopécie avec peau complètement lisse et glabre. Repousse trois mois après.

Obs. de Trautmann (22). — Photographe, 28 ans. Trépanation du sinus frontal gauche et section d'un fragment du nerf sus-orbitaire gauche. Le lendemain de l'intervention, la région occipitale était complètement dépourvue de cheveux, puis extension progressive des plaques jusqu'au niveau des oreilles. Début de la repousse quatre semaines après.

Obs. de Lévy-Franckel et Juster (38). — Fracture du crâne au niveau de la région frontale gauche avec vaste embarrure et plaie de

la méninge dure-mérienne, phénomènes de commotion cérébrale. Un mois après, apparition de deux plaques au niveau de la région pariéto-temporale droite et d'une plaque au niveau de la région temporale gauche.

Obs. de Lévy-Franckel et Juster (37). — Plaques alopéciques successives du cuir chevelu associées à des plaques de la face postérieure des avant-bras. Blessure de guerre au niveau du bras droit avec paralysie et troubles sympathiques. Apparition très tardive : 2 ans 1/2 après la blessure.

Obs. de Pfabel (33). — Blessure en septembre 1916 à la région frontale par grenade. Perte de connaissance suivie de céphalées et de vertiges. Guérison. En septembre 1917, céphalées plus fréquentes et apparition de 7 plaques d'alopécie de forme ovalaire sur les régions latérales et postérieure de la tête.

Obs. de Stepp (6). — Homme, 36 ans. Chute violente d'un wagon. Contusions multiples sur le corps et la tête. Cinq à six semaines après, douleurs dans le dos, la tête et les jambes. Au bout d'un an, chute des poils de la barbe par plaques et chute partielle des cheveux.

Obs. de Stepp (6). — Homme, 38 ans, chute violente avec contusions multiples, suivie de perte de connaissance, douleur sacrée et céphalées deux ou trois semaines après. Sept mois après l'accident, chute par plaque des cheveux et de la barbe suivie de calvitie complète du menton et de la tête. Vieillissement précoce, amaigrissement. Mort 3 ans après l'accident.

Obs. de Richter (13). — Femme, 52 ans, tombe d'un wagon sur la tête. Perte de connaissance. Douleur dans la région cervicale et occipitale. Un an et demi après l'accident, apparition de deux plaques de pelade à l'occiput.

Obs. de Jacquet (16). — Malade présentant deux projectiles intracrâniens situés à la base du crâne du côté gauche. Apparition, deux ans après la blessure, de deux plaques de pelade dans les régions pariétale et fronto-temporale gauches, pelade précédée de névralgie et coexistence d'une hémi-parésie droite. L'examen radiographique a été fait après l'apparition de la pelade.

Obs. de Bayet (12). — Coup de poing au niveau de la région temporale droite. Trois semaines après, alopécie diffuse du sommet de la tête. Pas d'examen radiographique, mais quatre petits abcès du cuir chevelu.

Obs. de Wechselmann (19). — Traumatisme au niveau de la région pariétale. Douleurs violentes. Huit jours après, chute des cheveux au

niveau de la lésion. Extension de l'alopécie et apparition d'autres foyers plus petits.

Obs. de Bettmann (34). — Blessure par arme à feu au niveau du maxillaire le 14 août 1918. Le 10 septembre, on remarque que la joue droite et la moitié droite du menton sont complètement glabres. Apparition de plaques de pelade au niveau de l'occiput. A partir de la fin d'octobre, repousse des cheveux aux endroits glabres avec rapide accroissement.

Obs. de F. Sprecker (20). — Traumatisme grave de la peau d'origine chirurgicale, suivi un mois après de grandes plaques d'alopécie en aire et de nombreuses plaques de petites dimensions.

Obs. de Pelz (31). — Blessure par éclat d'obus suivie trois à six semaines après de nombreuses plaques d'alopécie et de vitiligo. Blessure très grave du crâne; 12 jours sans connaissance. Céphalées, paresthésies et plaques de pelade un an après.

Pelades a plaque unique du cuir chevelu.

Obs. de Bender (11). — Malade opéré à 10 ans pour des glandes du cou. Peu de temps après l'opération, plaques de pelade de la dimension d'un thaler au niveau de la région occipitale.

Obs. de Ramazzotti (14). — Jeune homme, 26 ans, contusion de la région pariéto-occipitale gauche. Quinze jours après, alopécie correspondant à l'endroit touché avec tendance à l'extension, 6 cm. 1/2.

Obs. de Ramazzotti (14). — Femme de 32 ans, coup de pelle à la région inféro- et postéro-pariétale gauche. Trois mois après, plaque de pelade circonscrite à la partie supérieure de la bosse frontale droite.

Obs. de Hirschfeld (18). — Traumatisme par une barre de fer à la région occipitale gauche. Quatorze jours après l'accident, apparition d'une plaque de pelade de la dimension d'un thaler à l'endroit de la lésion.

Obs. de Martino (21). — Traumatisme de la région occipitale droite par chute contre l'angle d'un meuble. Huit jours après, plaque de pelade au niveau de la bosse pariétale droite : 0,56 mm. × 0,60 mm.

Obs. de Martino (21). — Coup sur la région temporo-pariétale droite. Au niveau de la région lésée, zone glabre de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50; augmente progressivement jusqu'à 8 cm. × 4 cm.

Obs. de Thomas (25). — Balle ayant pénétré au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur gauche. Plaque de pelade dans la zone hyperesthésique innervée par la branche mastoïdienne du plexus cervical. Radiographie sans précision à ce sujet.

Obs. de Jeanselme (35). — Traumatisme de l'œil gauche. Trois semaines après, pelade de la région occipitale exactement sur la ligne médiane. Il a été fait une radiothérapie oculaire sans rapport avec le lieu de la pelade ni son évolution qui fut progressive.

Obs. de Milian et Rimé (36). — Lésion de l'os frontal et des os propres du nez et plaie de la partie interne de l'arcade sourcilière gauche. Deux jours après, apparition d'une plaque alopécique de la dimension d'une pièce de 2 francs au niveau de la région pariétale droite. Il n'a pas été fait de radio et le malade a présenté des phénomènes de commotion cérébrale consécutive à l'accident ainsi qu'une sinusite.

PELADES GÉNÉRALISÉES DU CUIR CHEVELU (DÉCALVANTES).

Obs. de Michelson (3). — Chute au cours d'un incendie suivie de perte de connaissance. Alopécie d'abord limitée, puis étendue à toute la tête.

Obs. de Tyson (4). — Jeune homme de 20 ans. A la suite d'une chute de cheval, perte de mémoire. En un mois à dater du traumatisme, perte de tous les cheveux.

Obs. de Stowers (10). — Garçon âgé de 10 ans. Chute suivie de fracture du crâne avec perte de connaissance. Quatre mois après le traumatisme, alopécie complète du cuir chevelu. Guérison.

PELADES DÉCALVANTES TOTALES (CORPS).

Obs. de Cooper Todd (1). — Homme de 46 ans. Chute d'un wagon. Hémiplégie. Perte de connaissance et délire. Après amélioration de l'état général subsistent des céphalées, il survient successivement une chute des poils de la barbe et de la tête, puis une dépilation du corps. Le blessé présenta finalement une calvitie complète.

Obs. de Wechselmann (19). — Homme de 27 ans ; chute en patinant sur la partie postérieure droite de la tête, en 1904. Perte de connaissance pendant quelques minutes. Très violentes céphalées. En août 1905, les cheveux et les poils du corps tombent par poignées aboutissant à une calvitie complète de la tête. Repousse des cheveux

en grande partie. A l'examen, le malade présente des zones de la dimension d'un écu parsemées de cheveux blancs.

Obs. de Franck (23). — Homme de 47 ans. Chute de 1 m. 1/2 et fracture de trois côtes. Huit jours après l'accident, début de la chute des cheveux ; en trois mois, perte totale de ceux-ci ; chute des cils, des sourcils, des poils des aisselles et du pubis ainsi que du tronc et des membres. Cet état dure depuis 10 mois, au moment de la publication du cas, sans aucune tendance à la repousse du système pileux. L'accidenté a été reconnu par l'assurance comme ayant eu une alopécie en rapport avec l'accident.

Obs. d'Askanazy (8). — Tentative de suicide. Cicatrices de plaies des régions frontale et précordiale. Chute des poils de la barbe et du pubis. Alopécie bilatérale symétrique des régions fronto-pariétales.

Obs. de Bretschneider (26). — A la suite d'une explosion, perte de connaissance de 10 minutes et, pendant deux heures, perte de l'usage de la parole. Les jours suivants, chute des cheveux et des poils de tout le corps. Huit jours après, disparition complète de tout le système pileux. Depuis, le patient se plaint de violentes céphalées et de douleurs cardiaques.

Obs. de Spiegler (32). — Alopécie chez un soldat de 22 ans ayant subi une forte commotion à la suite d'une explosion de grenade. Perte de connaissance. Deux jours après, chute de la plupart des cheveux et des poils du corps avec apparition de céphalées intenses. Aucun prurit.

Obs. de Pfabel (33). — Homme de 26 ans, blessé le 3 novembre 1916 par un fragment d'obus au côté droit de la tête et au pied gauche. Perte de connaissance de 3 heures. Dans les premières semaines après la blessure, perte des cheveux sous forme de taches glabres circulaires progressivement confluentes ; six semaines après, la tête était complètement chauve. Six semaines plus tard, perte de la barbe et de tous les poils du corps. Pendant toute cette période, céphalées sourdes.

Obs. de Pohlmann (27). — Homme de 27 ans. Plaie par arme à feu de l'avant-bras gauche. Le malade est resté pendant 3/4 d'heure sous le feu de l'artillerie. Quatre jours après, chute des cheveux et violentes céphalées. Début d'alopécie au niveau de l'occiput, puis apparition de nouvelles zones glabres et enfin calvitie complète ; finalement chute des sourcils et de la barbe. Depuis six semaines, repousse par places de cheveux incolores.

Pelades croisées ou contro-latérales.

Obs. de Knack (28-24). — Blessure à la région temporale antérieure droite. Perte de connaissance passagère. Aucune lésion crânienne à la radiologie. Un mois après, début à la région temporale gauche d'une alopécie s'étendant dans la suite jusqu'à la ligne sagittale sans la dépasser. On ne sait si cette localisation de l'alopécie du côté contro-latéral était un fait accidentel ou dû, peut-être, à une lésion cérébrale minime, par contre-coup ayant donné lieu à un trouble trophique du cuir chevelu.

Obs. de Knack (28-24). — Blessure par arme à feu au niveau de la région frontale inférieure droite. Brève perte de connaissance. Malgré l'extirpation du projectile, il se produisit des céphalées qui furent suivies six semaines après d'une alopécie progressive mais qui n'attaqua pas le côté droit.

Obs. de Knack (28-24). — Coup de feu au niveau de la voûte supérieure droite du crâne. Esquilles osseuses. Perte de connaissance. Légère parésie. Après 13 semaines, il se produisit une légère hypoesthésie du cuir chevelu et une alopécie des régions pariétale et temporale gauches.

Obs. de Knack (28-24). — Un autre cas concernait une blessure par balle de fusil. Perte de substance osseuse de la région pariétale gauche. Esquilles, fissures. Perte de connaissance prolongée. Aphasie. Après six mois, alopécie diffuse du côté opposé de la tête.

Formes cliniques des pelades traumatiques.

La pelade traumatique peut s'observer sous les différents aspects cliniques de la pelade vulgaire. Les 44 cas relevés ou observés par nous peuvent se classer ainsi :

Pelades ophiasiques étendues	3	cas personnels
Pelades à plaques multiples (cuir chevelu et barbe)	18	»
Pelades à plaque unique	9	»
Pelades décalvantes :		
» limitées au cuir chevelu. . . .	3	»
» atteignant tout le système pileux.	7	»
Pelades croisées.	4	»

DATE D'APPARITION DE LA PELADE APRÈS LE TRAUMATISME.

Le traumatisme est rapidement suivi de l'apparition de la pelade dans la majorité des observations. Sur 37 cas où la date d'apparition de la pelade est notée par rapport au traumatisme, nous avons relevé les chiffres suivants :

Dans 25 cas, soit 67 o/o des cas, la pelade est apparue dans le premier mois suivant le traumatisme ;

Dans 8 de ces cas, la pelade est apparue immédiatement ou dans le cours de la première semaine ;

Dans les 17 autres cas, elle est apparue dans le premier mois ;

Dans 6 des 12 cas restant, soit en 16 o/o, la pelade est apparue dans le deuxième mois suivant le traumatisme.

Dans 6 observations seulement nous relevons des pelades tardives survenues de trois mois à deux ans après le traumatisme. Ces cas sont certainement beaucoup plus discutables au sujet de leur étiologie traumatique, mais il est à noter que dans trois de ces cas persistaient de violentes céphalées et, dans un cas, des projectiles intracrâniens.

SIÈGE ET NATURE DU TRAUMATISME.

Dans presque toutes nos observations, il s'agit de traumatismes ayant porté sur le crâne, aussi bien sur les régions frontales ou pariétales que sur les régions temporales ou occipitales, sans prédilection pour une région particulière. Dans deux cas la pelade était consécutive à l'ablation d'une tumeur ganglionnaire de la région du cou. Dans deux autres cas il s'agissait d'une blessure du maxillaire inférieur, dans un cas d'une blessure du bras.

Les traumatismes sont variés : chutes simples, corps contondants vulgaires, blessures de guerre par balle ou éclat d'obus.

Aucune relation ne nous paraît possible entre le siège du traumatisme et celui des plaques alopéciques. Celles-ci apparaissent tantôt au siège de la blessure, tantôt à distance, le plus souvent du même côté que le traumatisme. Dans 5 cas, elles furent contro-latérales.

SYMPTÔMES NERVEUX ASSOCIÉS A LA PELADE.

Sur nos 44 cas de pelade, nous avons relevé 27 fois des troubles nerveux associés, tantôt sous une forme relativement bénigne :

céphalées persistantes, douleurs névralgiques, troubles sensitifs prolongés, tantôt sous une forme grave : symptômes d'irritation cérébrale, hémiplégie, parésie, aphasie transitoire, troubles visuels. Dans de nombreux cas le malade avait, à la suite du traumatisme, préenté une forte commotion cérébrale avec perte de connaissance. La pelade traumatique paraît donc surtout consécutive aux traumatismes ayant amené des troubles nerveux importants, quel que soit d'ailleurs le mode traumatique.

Pathogénie.

La fréquence des symptômes nerveux associés à la pelade traumatique est le fait le plus important à retenir de nos observations personnelles et des observations relevées par nous dans la littérature médicale. L'on ne peut s'empêcher, les considérant, de tenir pour probable la pathogénie nerveuse de la pelade traumatique.

Cette association des troubles nerveux et de l'alopécie traumatique soulève souvent un problème diagnostique. S'agit-il, pour un cas donné, de pelade vraie ou d'alopécie d'origine nerveuse ? Cette distinction peut paraître subtile à certains auteurs tenant comme établie l'identité des pelades et des alopécies neuro-trophiques (Dehu). Néanmoins nous n'avons pu ranger dans le cadre précis de nos observations des cas comme ceux de Schutz (7) où il s'est agi d'alopécie en bande ou de forme triangulaire, de Ravaton (citée par Michelson (3)), dans lequel un homme présenta une alopécie franchement hémi-latérale en relation avec l'amaurose du même côté. L'alopécie peladique, en effet, est nettement constituée par des surfaces plus ou moins orbiculaires ou ovalaires, à bords plus ou moins diffus, présentant des cheveux en point d'exclamation presque pathognomoniques.

Faut-il voir dans la pelade traumatique un trouble d'origine sympathique ?

L'étude objective des faits ne permet pas de répondre formellement à cette question. L'observation si intéressante de Lévy-Franckel et Juster est unique et discutable en raison de son apparition tardive. D'ailleurs, chez des blessés présentant un syndrome sympathique à la suite de blessures de l'œil avec troubles sécrétoires et sudoraux, maux de tête, zones cutanées hyperalgésiques de la nuque et du vertex correspondant au schéma de

Head, nous n'avons relevé aucune alopécie peladique. Les localisations de Head avec leur systématisation ne paraissent pas applicables aux pelades traumatiques, les taches alopéciques étant réparties sans règle apparente.

Quelques observations, surtout celles d'André Thomas, par l'importance des douleurs névralgiques ou par l'existence de troubles de la sensibilité, pourraient faire penser à des lésions d'origine périphérique. Il nous paraît plus vraisemblable de voir, à la base de la pelade traumatique, des lésions d'origine centrale, ce qui expliquerait son apparition sous l'influence des traumatismes les plus divers, à condition que ceux-ci, sauf exception, frappent le crâne ou la face en quelque point que ce soit.

Conclusions.

1° En raison du petit nombre d'observations publiées durant la guerre, la pelade d'origine traumatique est exceptionnelle. Elle existe cependant, comme le prouvent nos cas personnels, et d'ailleurs rien ne permettrait, dans l'ignorance où nous sommes actuellement des causes véritables de la pelade, de rejeter théoriquement cette étiologie.

2° La pelade traumatique, sauf exception, est consécutive à des traumatismes portant sur le crâne ou la face. Elle revêt les formes cliniques habituelles de la pelade : localisée, multiple, ophiasique, généralisée ; homonyme ou contro-latérale.

3° Elle apparaît généralement dans le mois qui suit le traumatisme, parfois dans le deuxième ; au delà de cette période, son étiologie paraît des plus discutables.

4° Elle s'accompagne souvent de troubles nerveux (commotion cérébrale, névralgies, céphalées) et troubles, favorables à l'étiologie neuro-trophique de la pelade en général.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cooper Todd. — Remarkable case of alopecia, the result of cerebral injury. *Med. Press. a. circ.*, London, 1870, X, 170.
2. Collier. — On the causation of alopecia areata and its occasional coexistence with tinea tonsurans. *Lancet*, 1881, t. I, p. 951.
3. Michelson. — Alopecia neurotica. *In Ziemssen-Hautkrankheiten*, t. II, p. 1884, 139.
4. Tyson. — Three cases of universal alopecia with remarks. *Brit. med. Journ.*, 1886, I, p. 345 ; *Lancet*, 1886, février, I, p. 351.

5. E. PONTOPPIDAN. — Ein Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. VIII, p. 51-54.

6. C.-L. STEPP. — Beitrag zur Beurtheilung der nach heftigen Kœrperschütterungen (bei Eisenbahnnenfällen auftretenden Stœrungen). *Deutsch. med. Woch.*, 24 janvier 1889, n° 4, th. 66-67.

7. SCHÜTZ. — Sechs Fälle von Alopecia neurotica. *Munch. med. Woch.*, 19 fév. 1889, n° 8, 124-128.

8. ASKANAZY. — Casuistischer zur Frage der Alopecia neurotica. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1890, t. XXII, 523-528.

9. PALM. — Alopecia neurotica. *Monatschrift f. prakt. Dermatologie*, 1896, t. XXIII, p. 69.

10. STOWERS. — Alopecia areata traumatica. *Brit. Journ. of Derm.*, 1897, t. IX, p. 44, 285.

11. BENDER. — Ein weiterer Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse. *Dermat. Centr.*, oct. 1898, n° 1, th. 1-3.

12. A. BAYET. — Ueber neurotische Alopecia. *Dermat. Zeitsch.*, 1901, n° 8, 379-384.

13. E. RICHTER. — Zur Alopecia areata, ein klinischer Beitrag. *Berl. Klin. Woch.*, 29 déc. 1902, 1215-1217.

14. V. RAMAZZOTTI. — Alopecia areata in sequentia a trauma. *Gazz. d. Osp.*, 1904, XXV, 518.

15. A BAYET. — Pelade traumatique. *Société Belge de derm. et syph.*, Bull., Bruxelles, 1901, 33-36.

16. L. JACQUET. — Pelade par projectile intracrànien. *Société de Dermatologie*, 1er mars 1906.

17. SHERWELL. — Alopecia areata of traumatic origin. Heeled for 12 years; relapse after trauma on the same spot, now recovering. *Journ. cutan. a. vener. diseases*, t. XXIV, 1906, p. 532.

18. H. HIRSCHFELD. — Ueber einen Fall von traumatischen Alopecia areata. *Monoch. f. Unfallh.*, 1907, t. XIV, 139-141.

19. WECHSELMANN. — Sur l'alopécie traumatique. *Deutsch. med. Woch.*, 12 nov. 1908, n° 46, 1982-1987.

20. F. SPRECKER. — Nouvelle contribution à l'étude de l'alopécie *areata traumatica. Arch. f. Dermat.*, 1909, t. LXXXIV, p. 299-309.

21. G.-C. MARTINO. — Sull' alopecia areata da trauma. *Gior. ital. d. Malatt. vener.*. 1910, t. LI, 583-595.

22. G. TRAUTMANN. — Alopecia im Anschluss an operative Nervenverletzung. *Dermat. Zentralbl.*, 1912, t. XV, 7-10.

23. E. FRANK. — Ein Fall von totaler Alopecia nach Unfall. *Berl. Klin. Woch.*, 16 nov. 1914, n° 6, p. 1822.

24. KNACH. — Traumatische Alopecia. *Deutsch. med. Woch.*, 1915, n° 33.

25. ANDRÉ THOMAS. — Paralysies multiples des nerfs crâniens. Troubles sensitifs dans le domaine du trijumeau et du plexus cervical. Plaque de pelade dans le territoire de la branche mastoïdienne du plexus cervical. *Société de neurologie*, 1er juillet 1915.

26. BRETSCHNEIDER. — Ein weiterer Beitrag zur Alopecia neurotica traumatica universalis. *Artzl. Sachverstændigen Zeitung*, 1915, n° 3.

27. PÖHLMANN. — Ueber Alopecia areata neurotica nach Schussverletzung. *Munch. med. Woch.*, 1915, p. 1623-1624.

28. A. V. KNACK. — Kontralaterale Alopezie nach Kopschussen. *Dermat. Woch.*, 1915, n° 34.

29. M. et Mme ATHANASSIOV-BÉNISTY. — Syndrome sympathique (troubles douloureux vaso-moteurs et sécrétoires), dans certaines blessures de l'œil. *Soc. de Neurologie*, 4 mai 1916.

30. Frenkel. — Alopécie en aires chez les blessés de guerre radiographiés (*Annales de D. et S.*, 1917, p. 578).
31. Pelz. — Zwei Fälle von Alopezie nach Kopfschuss. *Ver. f. wiss. Heilkunde zur Kœnisberg*, 11 mars 1918 ; *Berl. Klin. Wft*, 1918, 775.
32. Spiegler. — Alopecia universalis trophoneuritica nach Granatshock. *Wien. Klin. Woch.*, 1918, n° 40, 1087.
33. Pfabel Fr. — Deux cas d'alopécie après blessures de la tête par coups de feu. *Arch. f. Psychiatr. u. Neur.*, 1919, t. LX, 729-741.
34. Bettmann. — Uber Alopezie nach Kieferverletzung. *Dermat. Woch.*, 18 juin 1919, n° 3, 33-37.
33. Villaret et Condomeye. — L'alopécie traumatique des blessés du crâne. *Soc. Méd. Hôp., Paris*, 28 déc. 1918.
35. Jeanselme. — Sur quelques facteurs étiologiques de la pelade. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1921.
36. Milian et Rimé. — Un cas de pelade traumatique. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie* 1925, p. 347.
37. Lévy-Franckel et Juster. — Pelade avec troubles du système sympathique chez un blessé de guerre. Origine endocrino-sympathique de la pelade *Soc. de Derm. et de Syph*, 8 mars 1923.
38 Lévy-Franckel et Juster. — La pelade; notions actuelles sur ses causes, son mécanisme et sur son traitement. *Journal de médecine de Paris*, 1925, p. 631.
39. Lévy-Franckel et A. C. Guillaume. — Pelade avec spasme artériolique et polyurie consécutive à un traumatisme *Soc. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2 avril 1925.
40. Lévy-Franckel. — La pelade, syndrome d'irritation vago-sympathique. *Soc. de Derm. et de Syphil.*, 9 mars 1922.

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE DE LA PELADE

Par A. LÉVY-FRANCKEL et E. JUSTER

Nous avons poursuivi, tout d'abord isolément, puis à partir de mars 1922, ensemble, des recherches tendant à préciser les rapports de l'alopécie en aires avec les troubles de fonctionnement du système organo-végétatif et des glandes endocrines.

Ces recherches portent essentiellement sur la physio-pathologie de la pelade, c'est-à-dire sur le mécanisme de sa production, et non pas sur ses causes : nous n'avons, à aucun moment, pensé à discuter le rôle de la syphilis, acquise ou héréditaire dans l'étiologie de la pelade : nous avons voulu seulement mettre en lumière que cette affection, quand elle est en cause, agit surtout par l'intermédiaire du système organo-végétatif et des glandes associées : c'est-à-dire que nous considérons le système neuro-endocrinien comme un moyen, et non pas comme une fin.

Les faits qui nous ont orientés vers ces recherches physio-pathologiques sont de deux ordres : 1° l'apparition consécutive à un traumatisme, d'une façon précoce ou tardive, d'une alopécie en aires, accompagnée de phénomènes inexplicables sans l'intervention du sympathique et des glandes associées ; 2° La coexistence de cas de pelade avec des manifestations viscérales ou cutanées dans lesquelles l'intervention du système sympathique était admise (Basedow, zona, hémiatrophie faciale), ou paraissait vraisemblable (vitiligo, sclérodermie). Le premier fait observé fût le suivant « le soldat

Sed..., du 4e colonial, fut blessé le 13 février 1915 à Frise, par un éclat d'obus, qui, pénétrant au niveau de la région occipitale, à droite de la bosse de ce nom, suivit un trajet rectiligne le long des premières vertèbres cervicales, puis dévia à gauche et s'arrêta à environ un travers de doigt de la ligne médiane. Ce projectile fut extrait, sans examen radioscopique, le 4 avril. Le 13 avril, apparut une alopécie de la région occipito-temporale droite. Le 23, cette alopécie prit l'aspect

d'un large placard à bords irréguliers, ne présentant aucun cheveu cassé, et ayant tout l'aspect d'une alopécie peladique. Du côté gauche, au point symétrique, débutait à cette époque une plaque alopécique, où les cheveux s'arrachaient facilement. Jamais, antérieurement à ce traumatisme, le blessé n'avait perdu ses cheveux. L'examen microscopique ne révéla ni spores, ni mycélium. Le Bordet-Wassermann fut négatif.

Force nous fut de conclure, quoique notre éducation dermatologique ne nous y incitât nullement, à une alopécie par lésion nerveuse, et d'admettre la réalité des faits analogues signalés par Jacquet.

Ce ne fut qu'après la fin de la guerre que de nouvelles observations nous permirent de préciser cette idée, et, en février 1922, à propos d'une communication de MM. Thibierge et Cottenot, l'un de nous (1) rapporta quelques observations de pelade associée à un zona ophtalmique ou intercostal et souleva la question des rapports entre la pelade et le système endocrino-sympathique. Un nouveau cas de pelade consécutive à un traumatisme fut le point de départ de recherches sur l'état de la réflectivité sympathique chez les peladiques (2).

Il s'agissait d'un blessé de guerre, Moill..., âgé de 33 ans, qui blessé en septembre 1914 (fracture des os du bras avec section nerveuse), présenta en 1918, une pelade à type décalvant, ayant débuté par la barbe, atteint ensuite le cuir chevelu, les cils, les sourcils et la moustache. Ce malade présentant des signes de la série sympathique, tels que glossy-skin, sensibilité au froid, troubles vaso-moteurs, anisocorie, et des signes de la série endocrinienne, tels que l'émotivité et la tachycardie.

Ces premiers faits, joints à la connaissance des travaux de Jacquet et Rousseau-Decelle sur les pelades odonthopathiques, de M. Sabouraud et de M. Gastou sur les pelades de la ménopause, nous engagèrent à examiner systématiquement les peladiques au point de vue des réactions de leur système organo-végétatif et des perturbations de leurs glandes endocrines (3).

Faits observés.

Recherches cliniques et expérimentales.

Troubles de la réflectivité sympathique.

Nous avons observé ces troubles avec une grande fréquence chez les peladiques : troubles vaso-moteurs, modifications des réflexes oculo-cardiaque, pilo-moteur et naso-facial, ont été

retrouvés par nous chez un grand nombre des sujets examinés, plus ou moins nettement, suivant la gravité de la pelade et les traitements antérieurement suivis.

a) *Vaso-motricité.* — Ses modifications sont mises en évidence par l'existence d'une raie vaso-motrice persistant très longtemps, parfois pendant une journée entière, prenant souvent l'aspect urticarien, à centre blanc avec hâlo rouge, parfois même œdémateuse au niveau de la plaque de pelade ; ce phénomène s'améliore souvent à mesure que l'alopécie tend à disparaître. L'un de nous (4) a signalé récemment la facilité de vaso-dilatation passive des plaques peladiques.

De plus, ces malades ont une fragilité spéciale des téguments ; ils se coupent facilement et saignent longtemps : le temps de saignement, recherché par la méthode de Duke et P.-E. Weil, est souvent augmenté (4 à 5 minutes).

b) *Sudation.* — La transpiration locale, régie, elle aussi, par le système sympathique, peut être modifiée en plus ou en moins, et revient en général à la normale en même que la pelade s'améliore.

c) *Réflexe oculo-cardiaque.* — Nos recherches avec l'appareil compresseur de Barré nous ont montré ce réflexe presque toujours anormal chez les peladiques. Presque toujours, il est ultra-positif (— 20 pulsations) ; plus rarement, il est inversé, c'est-à-dire que la compression oculaire amène de la tachycardie (+ 12 à 16 pulsations), et que ces malades réagissent alors comme des hypersympaticotoniques : c'est là une constatation qui rapproche les peladiques des basedowiens, qui peuvent réagir comme des hypervagotoniques ou comme des hypersympaticotoniques (Sainton).

Réflexe pilo-moteur. — Ce réflexe qui a une certaine importance puisqu'il est uniquement sous la dépendance du système nerveux grand sympathique (André-Thomas) présente d'intéressantes modifications. Il existe, en général, sur le corps du peladique, mais disparaît parfois ou est peu marqué au niveau des plaques, la chair de poule s'arrêtant un peu en dehors de la limite de l'alopécie ; il peut être plus vif sur la plaque en voie de repousse ou irritée par le traitement. Dans les pelades unilatérales, nous avons constaté des différences nettes entre le côté malade et le côté sain.

Réflexe naso-facial (5). — Dans ces pelades unilatérales, la

recherche de ce réflexe nous a permis d'exagérer les différences entre le côté sain et le côté malade : congestion faciale et palpébrale, exophtalmie, anisocorie, apparition de sueurs localisées à un côté, soit que le syndrome oculaire fut latent, soit qu'il soit déjà ébauché. Chez trois malades atteints de pelade unilatérale, avec syndrome oculo-sympathique, exophtalmie, mydriase, hypertrophie unilatérale du corps thyroïde, du même côté que l'alopécie, nous avons pu constater nettement des différences entre le réflexe pilo-moteur et le réflexe naso-facial, du côté malade et du côté sain.

A ces troubles de la sudation, de la vaso-motricité et de la réflectivité sympathique, d'ailleurs en tout semblables à ceux qui existent dans les lésions nerveuses, nous devons ajouter les modifications de la tonicité cutanée, soit l'hypotonie bien décrite par Jacquet, pour lequel elle constituait avec les troubles excrétoires locaux et l'atrophie du derme « l'atmosphère peladique locale », soit cet œdème gras sous-dermique sur lequel a insisté M. Sabouraud.

Troubles endocriniens. — Le corps thyroïde est un des organes dont le fonctionnement est le plus souvent modifié, soit qu'il y ait disthyroïdie, hypothyroïdie, soit plus fréquemment hyperthyroïdie, pouvant aller de la maladie de Basedow confirmée aux syndromes basedowiens frustes, dont l'hypertrophie du corps thyroïde avec tremblement ou modification du rythme cardiaque (tachy ou bradycardie) nous ont paru les modes les plus fréquents.

Métabolisme basal. — Cette fréquence de l'hyperthyroïdie nous fut confirmée par la recherche, avec van Bogaerts, du métabolisme basal : sur 25 peladiques, le métabolisme basal se montre augmenté 18 fois et diminué 5 fois (6).

Les troubles ovariens se rencontrent avec une grande constance : règles rapprochées, prolongées, ou au contraire diminuées ; obésité, coexistant ou non avec des modifications thyroïdiennes. Chez l'homme, on rencontre, dans quelques cas, la frigidité dont le début peut précéder de quelques semaines celui de l'alopécie. Chez trois sujets, nous avons pu constater des troubles hypophysaires. Quant à la surrénale, elle n'a été trouvée en cause que chez un des sujets examinés : un homme atteint d'*Acanthosis nigricans*, observé avec M. Caussade (7), présentait, en même temps que la dystrophie papillaire et pigmentaire habituelle, de l'alopécie des sourcils et des membres inférieurs.

Recherches pharmaco-dynamiques. — La nécessité d'opérer sur des malades hospitalisés et de répéter plusieurs fois les épreuves (A.-C. Guillaume), ne nous a pas permis d'examiner tous les peladiques au point de vue des phénomènes réactionnels aux différents tests. Aussi, cette catégorie de recherches a-t-elle été surtout faites par d'autres que par nous (Bertraccini, Winstel) (8) et leurs résultats ont coufirmé ceux que nous avons obtenu par l'étude de la réflectivité et de métabolisme basal.

Cependant, chez un blessé, nous avons pu, avec A.-C. Guillaume (9), faire des observations intéressantes.

Il s'agissait d'un nommé L..., âgé de 49 ans, blessé le 18 février 1908, au Maroc, par une balle ayant pénétré par la face interne du tiers inférieur du fémur gauche, et hospitalisé en avril 1925 à l'Hôtel-Dieu. En octobre 1908, était apparue une pelade de la région occipitale, qui déglabra en 3 mois la totalité du cuir chevelu, et en 6 à 8 mois, tout le corps sauf les aisselles. Chez ce sujet, l'épreuve de Goëtsch à l'adrénaline, répétée 2 fois, fut nettement positive ; elle fut suivie : d'un tremblement fibrillaire, ayant débuté au siège de la blessure, puis se généralisant de manière à déterminer un léger clonus des deux membres ; d'une réaction dermographique intense et persistante, d'une accélération du pouls suivie de ralentissement; d'une élévation nette de la tension artérielle, entre la 5e et la 10e minute, avec modification des bruits d'auscultation, et d'une élévation du métabolisme basal de + 14 à + 28 o/o. Chez ce même malade, l'épreuve de la tolérance aux hydrates de carbone fut aussi positive.

Capillaroscopie. — Il nous a paru intéressant de compléter ces recherches par l'étude des phénomènes circulatoires dans les capillaires, chez les peladiques. Nous nous sommes adressés à la méthode de capillaroscopie, suivant la technique mise au point par A.-C. Guillaume (10), grâce à laquelle il est permis de distinguer les uns des autres les états de vaso-constriction, de vaso-dilatation et de stase sanguine, qui sont souvent associés au déséquilibre nerveux organo-végétatif.

Chez le sujet L..., de l'observation précédente, peladique total, blessé de guerre, la capillaroscopie montre l'existence d'un spasme artériolique généralisé, plus marqué au cuir chevelu, spasme qui se révélait par les modifications de l'index oscillométrique sous l'influence du froid et de l'adrénaline et des modifications constatées à l'examen capillaroscopique. Ce spasme s'accompagnait d'un ensemble de phénomènes (raie blanche prolongée, tremblement, douleurs, claudication intermittente,

glossy-skin, ulcérations à type de maux perforants), dans lesquels la participation du sympathique ne pouvait être mise en doute.

Chez ce malade, le début des phénomènes douloureux et de tremblement fibrillaire se faisait au niveau de la blessure, ce qui permit, en quelque sorte, grâce aux phénomènes révélés par l'épreuve à l'adrénaline, de matérialiser la relation de cause à effet entre le traumatisme et les troubles consécutifs, sensitifs, vasculaires, musculaires et cutanés.

Chez d'autres peladiques, l'examen capillaroscopique nous a montré (10), d'une façon constante, la disparition ou la diminution considérable du nombre des capillaires. Sur les zones en voie de repousse, nous avons constaté parfois, mais non d'une façon constante, l'existence de rares anses capillaires. Il est intéressant de signaler la vaso-constriction fréquente et le ralentissement de la circulation au niveau des extrémités des doigts, chez les peladiques. Ces phénomènes existent également chez les sujets atteints de vitiligo, ce qui semble établir une parenté entre les deux affections.

Interprétation des faits. — Voici donc établie, par l'étude du métabolisme basal, les modifications de la réflectivité sympathique, de l'aspect capillaroscopique et des tests pharmaco-dynamiques, l'existence, chez un grand nombre de peladiques, de troubles du système sympathique et de perturbation de fonctionnement des glandes endocrines.

Mais jusqu'à quel point ces perturbations interviennent-elles dans le mécanisme de production de l'alopécie en aires ?

La relation de cause à effet entre ces deux ordres de phénomènes, troubles endocrino-sympathique, d'une part, alopécie en aires, de l'autre, nous paraît devoir s'appuyer sur les constatations suivantes :

A) L'absence, chez les sujets examinés, de tout autre phénomène morbide, décelable par les moyens cliniques et biologiques dont nous disposons : ces peladiques présentaient des troubles du système endocrino-sympathique, et rien d'autre.

B) Le parallélisme des modifications de l'alopécie avec l'amélioration ou l'aggravation des phénomènes de dysfonctionnement endocrinien et sympathique. Ce parallélisme n'a pu certes être mis en évidence dans tous les cas ; cependant il nous a paru très net chez certains sujets :

Mme Pic..., âgée de 37 ans, est atteinte depuis 22 mois d'une pelade à grandes plaques sur toute la tête, et d'alopécie sourcilière, soignée sans résultat par des injections de novarsénobenzol. Elle présente une série de signes de Basedow : hypertrophie du corps thyroïde, tremblement prémenstruel, regards brillants, troubles de la convergence. Un traitement radiothérapique sur le corps thyroïde (20 juin 1923) amène la sédation des phénomènes de la série sympathique, puis une repousse très fournie sur toutes les plaques (août-septembre).

En 1924, la malade reste un an sans traitement. Les phénomènes de Basedow réapparaissent, suivis de nouvelles plaques d'alopécie. La même sucession des manifestations basedowiennes et de l'alopécie se reproduisit en 1925.

Certaines malades prévoient, à la reprise des phénomènes d'hyperthyroïdie, l'agrandissement de plaques alopéciques existantes ou l'apparition de nouvelles plaques.

c) Les résultats thérapeutiques peuvent aussi servir à établir la preuve de cette relation de cause à effet, soit qu'il s'agisse d'opothérapie directe, comme nous l'avons noté dans notre premier travail (12) sur le syndrome endocrino-sympathique de la pelade, comme dans le cas présenté par M. Darier à la Société de Dermatologie, guéri par l'extrait thyroïdien; soit qu'il s'agisse d'action indirecte sur les glandes endocrines : nous avons pu, avec Cottenot, améliorer un certain nombre de pelades graves par la radiothérapie ou la galvanisation appliquées sur le corps thyroïde (13).

d) On peut ajouter à ces constatations les faits déjà signalés par Vulpian, Claude et Stéphen-Chauvet, André Thomas, et Villaret (14), qui a montré que, dans la section complète des nerfs périphériques, l'hypotrichose peut varier de l'épilation légère à la chute complète des poils; et les faits expérimentaux observés par Bourguignon (15), qui liant temporairement chez le chien le pédicule vasculo-nerveux du corps thyroïde, voit se produire, du 15ᵉ au 40ᵉ jour, un épaississement léger de la peau, avec poil terne et tombant facilement.

Conception actuelle de la pelade. — Nous constatons chez les peladiques, un phénomène qui nous a paru constant, du moins dans les cas examinés, et qui est peut-être le phénomène fondamental : ce sont les troubles circulatoires d'angiospasme. Chez certains, cette vaso-constriction est le seul phénomène enregistré; chez d'autres, il s'accompagne de phénomènes de la série endocrinienne ou sympathique. Nous sommes donc amenés à concevoir l'existence de 2 variétés de pelades : l'une, vasculo-sympa-

thique (12), dont la pelade dentaire (Jacquet et Rousseau-Decelle) est le type, où le métabolisme basal est sensiblement normal; l'autre, où l'atteinte neuro vasculaire est consécutive à une perturbation de système endocrinien, où le métabolisme est le plus souvent anormal.

Mais nous n'avons pas la prétention d'expliquer par la perturbation de système endocrino-sympathique tous les cas de pelade : tout d'abord, certains sujets participent des deux catégories. D'autre part cette conception n'est qu'une voie d'accès à la connaissance du mécanisme de cette affection, mais il reste impossible d'affirmer que ce mécanisme est responsable de tous les cas d'alopécie en aires; nous avons observé un phénomène qui paraît constant : la vaso-constriction ; les troubles endocriniens et sympathiques représentent une condition suffisante de cette vaso-constriction; ils ne sont peut-être pas une condition nécessaire : ces troubles circulatoires peuvent s'expliquer aussi par d'autres mécanismes, l'artériolite, par exemple, qui peut-être se ramèneront aux troubles endocriniens ou sympathiques, mais il est impossible de le dire, actuellement, avec certitude (16).

D'autre part, il est un fait qui frappe à première vue : si chez un grand nombre de malades atteints d'alopécie en aires, on peut mettre en évidence un déséquilibre de l'appareil organo-végétatif, tous les dysendocriniens ne font pas de la pelade, non plus que tous les sujets atteints de perturbation du sympathique. L'angiospasme, facteur nécessaire, ne survient semble-t-il que chez certains sujets et paraît pouvoir se modifier soit spontanément, soit sous l'influence de procédés thérapeutiques locaux, indépendamment des troubles organo-végétatifs qui peuvent persister chez le sujet en cause : un basedowien, par exemple, une ovariotomisée, peuvent être atteints, à un moment donné, d'alopécie en aires, puis guérir de cette affection, et rester néanmoins basedowien ou ovariotomisée : si dans quelques cas, nous avons pu voir la repousse des poils s'effectuer parallèlement à l'amélioration de déséquilibre endocrino-sympathique, il n'en est pas de même chez tous les sujets : c'est ainsi que Bertraccini (17), chez deux malades qui avaient des signes évidents de déséquilibre vago-sympathique (anisocorie, tachycardie, réaction intense à l'adrénaline, etc.), a vu, malgré la persistance de ces phénomènes, l'affection cutanée guérir par un simple traitement local.

L'alopécie en aires nous apparaît donc comme un syndrome :

toute cause médicale ou chirurgicale, susceptible d'agir, soit sur les glandes endocrines ou le système nerveux sympathique, immédiatement en irritant les plexus périvasculaires, ou a distance en lésant les troncs ou les centres, soit directement sur les capillaires eux-mêmes, pourra donner lieu au développement d'une pelade : la syphilis, acquise ou héréditaire (Sabouraud), paraît agir suivant ces deux mécanismes. D'autres infections, telles que la tuberculose, l'encéphalite épidémique, le zona, certaines intoxications (helminthiase, auto-intoxications), les émotions et commotions (pelades émotives), les lésions chirurgicales ou physiologiques des glandes endocrines, les affections dentaires, les traumatismes, sont à l'origine d'une partie des cas de pelade.

Mais une part considérable d'inconnu persiste : les rapports entre les troubles circulatoires et l'alopécie, qui paraissent confirmés par l'efficacité de l'étincelage et de l'irradiation ultraviolette locale des plaques de pelade, procédés thérapeutiques amenant une vaso-dilatation durable, sont discutés par A.-C. Guillaume (18), pour lequel la poussée de croissance des poils sous l'action des ultra-violets « serait plus complexe que de pouvoir être expliquée par la seule vaso-dilatation, et dépendrait moins de la circulation que de certaines conditions rigoureusement tissulaires et qui ont pour siège le tissu épidermique ». De nouvelles recherches sont nécessaires, telles que l'étude de la circulation capillaire dans d'autres affections d'origine sympathique ou endocrinienne (Basedow, vitiligo, etc.), et dans les alopécies autres que la pelade, et telles que la recherche du facteur qui, chez certains dysendocriniens et non chez d'autres, détermine la production d'angiospasme.

BIBLIOGRAPHIE

1 C. Thibierge et P. Cottenot. — Récidives de pelade consécutives à des poussées de prurit ano-scrotal. Discussion : M. Lévy-Franckel. *Bull. Soc. Dermatologie*, 9 février 1922, p. 56.
2. Lévy-Franckel. — La pelade, syndrome d'irritation vago-sympathique. *Bull. Soc. Dermatologie*, 9 mars 1922, p. 93.
3. Lévy-Franckel et E. Juster. — Le syndrome endocrino-sympathique de la Pelade. *Presse médicale*, n° 79, 4 octobre 1922.
— *Premier Congrès des Dermatologistes de Langue française*, Paris, juin 1922, pp 100-103.
4. Juster. — *Séance* du 18 nov. 1926, p. 649.

5. P.-E. Weil, Lévy-Franckel et Juster. — Le réflexe naso-facial utilisé comme test fonctionnel du système sympathique. *Soc. de Biologie*, 3 juin 1922.

— Le réflexe naso-facial. Revue générale de Clinique et Thérapeutique (*Journ. des Praticiens*), n° 22, 2 juin 1923.

6. Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert. — Etude du métabolisme basal chez les peladiques. *Bull. Soc. Dermatologie*, 14 juin 1923, p. 290.

— *Journ. de médecine de Paris*, 18 août 1923.

Lévy-Franckel et Juster. — Le métabolisme basal en Dermatologie. *Bull. médical*, 1924, n° 4.

7. Caussade, Lévy-Franckel et Juster. — *Acanthosis nigricans*. Pathogénie de la pigmentation et de la dystrophie cutanée. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 20 octobre 1922.

8. A. Winstel. — Glandes endocrines et dermatoses. *Th. Paris*, 1924, p. 87.

9. Lévy-Franckel et A.-C. Guillaume. — Pelade avec spasme artériolique et polyurie, consécutifs à un traumatisme. *Bull. Soc. Dermatologie*, avril 1925, n° 4.

10. A.-C. Guillaume. — *C. R. Soc. de Biologie*, janvier 1923.

— Exploration clinique des capillaires de l'homme. *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, n° 35, 1924.

11. Lévy-Franckel, A.-C. Guillaume et Juster. — Examen de la circulation cutanée dans la pelade et le vitiligo. *Bull. Soc. Dermatologie*, 1925, n° 7.

12. Lévy-Franckel et Juster. — Le rôle du système endocrino-sympathique dans la Pathogénie de certains troubles trophiques cutanés (Troubles pilaires, pigmentaires, unguéaux, kératodermies). *Presse médicale*, n° 60, 28 juillet 1923.

13. Lévy-Franckel, Cottenot et Juster. — Résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radiothérapie et la galvanothérapie de la région thyroïdienne. *Bull. Soc. Dermatologie*, 9 nov. 1922, n° 7.

14. Villaret. — Modifications du système pileux au cours des blessures de guerre des membres. *Bull. Soc. Neurologie*, 6 janvier 1916.

15. Bourguignon. — Effets de la ligature temporaire des pédicules vasculo-nerveux du corps thyroïde chez le chien. *C. R. Soc. de Biologie*, 1911, p. 197.

16. Lévy-Franckel et Juster. — Le rôle des perturbations du système nerveux sympathique et des glandes endocrines dans la pathogénie des affections cutanées. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, nos 5-8, mai, juillet, août 1926.

17. G. Bertraccini. — *Journal italien des maladies de la peau*, avril 1924, p. 375 et février 1925, fasc I.

18. A.-C. Guillaume. — *Les Radiations lumineuses en physiologie*, p. 260.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1927.

La Presse Médicale (Paris).

Les verrues séborrhéiques ou verrues planes séniles; leur traitement par la cryothérapie, par LORTAT-JACOB. *Presse médicale*, 35e année, no 102, 17 décembre 1927.

La cryothérapie est le traitement de choix de ces verrues séborrhéiques. Avec la pointe noyée du cryocautère adaptée à la surface de la verrue on fait une pression inférieure à 1 kilogramme d'une durée de 5 à 8 secondes. Au bout de trois jours on détache à la curette la pellicule résultant de la congélation. S'il reste une élevure centrale nouvelle application sur l'élevure elle-même. H. RABEAU.

Prophylaxie de la syphilis héréditaire, par C. DUFOL et CH. LAURENT. *Presse médicale*, 35e année, no 102, 21 décembre 1927, pp. 1553-1554.

Trois règles sont à la base de cette prophylaxie :

1o Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes. Il doit être poussé avec toute la rigueur désirable et ne pas se borner à l'examen sérologique. Sur 2.200 malades la sérologie leur a donné 4,5 de résultats positifs, alors qu'ils ont mis au traitement 9,7 o/o de femmes ;

2o Le traitement spécifique, méthodique et précoce. Les résultats le justifient. D'un côté 28 o/o d'enfants vivants, de l'autre 91 o/o d'enfants vivants ;

3o Le traitement arsenical est celui qui donne les meilleurs résultats. Les auteurs louent particulièrement l'acétylarsan d'emploi facile (injections sous-cutanées) ce qui à doses suffisantes leur a toujours donné des résultats remarquables. H. RABEAU.

L'érythrocyanose sus-malléolaire : étude clinique et thérapeutique, par E. JUSTER. *Presse médicale*, 35e année, no 103, 24 décembre 1927, pp 1573-1574.

Thibierge et Stiassnie firent en 1921, une description précise de cet « œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques ». J. adopte le nom d'érythrocyanose sus-malléolaire, des auteurs étrangers. Il les classe dans un groupe des dermatoses « dermo-humorales » faisant remarquer que ces affections sont plus les témoins de perturbations neuro-humoro-circulatoires que d'infections directes de la peau. Il faut donc essayer de modifier la circulation du membre et éviter qu'il ne se produise de la stase. De plus on n'obtiendra de résultat que par l'association d'une médication interne étiologique et pathogénique aux agents physiques capables d'agir sur la circulation cutanée. H. RABEAU.

Traitement de la blennorrhagie par l'association de la chimiothérapie et de la protéinothérapie, par A. Tansard. *Presse médicale*, 35e année, no 104, 28 décembre 1927, pp. 1589-1591.

L'auteur associe les injections de lait capables de provoquer un choc léger aux injections d'argent lipoïdique microbicide puissant. L'addition d'un peu de novocaïne à la solution d'argent rend acceptable cette méthode qui lui a donné des résultats remarquables. Les urétrites chroniques, les folliculites, les prostatites sont guéries sans massage plus vite que par les méthodes classiques. De même les salpingites, les bartholinites. Si la guérison tarde par les piqûres argentiques on peut remplacer l'argent par les vaccins mais en continuant les injections de lait. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Materno-hémothérapie et syphilis héréditaire, par Thorel. *Bulletin médical*, 41e année, no 49, 3 décembre 1927, pp. 1341-1342.

Malgré les explications scientifiques qu'on a essayé de lui donner la protéinothérapie reste encore une méthode obscure. T. fait remarquer que contrairement à ce que l'on considère habituellement l'albumine utilisée n'est aucunement indifférente. Il y a pour chaque cas une protéine optima. L'autohémothérapie fait souvent merveille dans la furonculose alors que la protéinothérapie par le lait ne fait rien. De même pour l'urticaire et les dermatoses liés à un état anaphylactique et qui ne sont influencés que par l'albumine en cause. T. a traité tous les enfants cachectiques de sa consultation de dermatologie par des injections de lait maternel avec des résultats surprenants. Une partie de ces nourrissons étaient des hérédos. Il estime que dans la syphilis héréditaire lorsque le nourrisson est trop cachectique pour supporter un traitement intensif on a avantage à le préparer par des injections de sang maternel. H. Rabeau.

A propos des tatouages. Quelques particularités des fonctions de la peau qui sont enseignées par l'étude des tatouages, par A.-C. Guillaume. *Bulletin médical*, 41e année, no 51, 17 décembre 1927, pp. 1399-1402.

L'étude des phénomènes consécutifs à l'introduction dans l'épaisseur des couches constituantes de la peau de corps colorés et de substances colorantes met en évidence toute une série de particularités fort suggestives quant à la résorption et au mode de transport de ces substances d'une part, quant aux propriétés optiques de la peau, d'autre part. C'est par un phénomène physique optique dû à la présence des couches épidermiques interposées entre le corps noir et l'œil que la couleur d'un corps noir apparaît bleue. La fluorescence normale de l'épiderme corné en lumière para-ultra-violette qui normalement ne se voit pas apparaît, par contre, lorsqu'il existe un écran noir sous-jacent à l'épiderme. G. a pu mettre en évidence une série de lois des fluorescences produites par la projection d'un faisceau de lumière de Wood sur les téguments : 1o la fluorescence légère normale de la peau

s'accroît quand s'accroît l'abondance locale des tissus cornés et d'une manière plus générale l'abondance de la couche de tissus déshydratés ; 2° la fluorescence normale s'atténue ou disparaît à l'inverse quand s'accroît l'imbibition épidermique ; 3° la fluorescence normale est la raison inverse de l'abondance de pigment mélanique épidermique. Ces constatations donnent l'explication des nævi bleus de la tache sacrée mongolique. La différence de situation en profondeur du pigment rend possible ou non le rôle de l'écran épidermique. Elles expliquent l'aspect plus tacheté d'un vitiligo examiné à la lumière de Wood. Ces faits comportent une conclusion pratique : quand on veut examiner une coloration tégumentaire il faut adapter son éclairage à la lésion que l'on veut observer. H. RABEAU.

Les lichens en dermatologie... Peut-être ? par M. VEYRIÈRES. *Bulletin médical*, 41e année, n° 52, 24 décembre 1927, pp. 1429 1430.

V. a en vue dans ce mémoire les lichens au sens théorique du mot. On sait que les lichens sont constitués par l'association d'une algue et d'un champignon, association de cellules d'algues avec les filaments d'un champignon. Nos bactéries, dit V., sont des algues de la classe des bactériacés, les levures sont des champignons. N'est-il pas possible qu'il existe à la surface des téguments des associations de cet ordre ? Pour peu que les associations soient nombreuses cela permettra de comprendre les aspects et les modes évolutifs si variés de certaines manifestations cutanées. L'auteur trouve un commencement de preuve dans l'action thérapeutique du soufre qui, en botanique générale, est le grand destructeur des champignons et des lichens.

H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

Le traitement de la douleur dans les affections cutanées. par E. JUSTER. *Journal de médecine de Paris*, 47e année, n° 48, 1er décembre 1927, pp. 953-955.

J. montre de quels moyens nous disposons pour atténuer ou même faire disparaître les douleurs qui accompagnent les maladies de la peau. Ce sont surtout les agents physiques auxquels nous aurons recours, et dans cet arsenal thérapeutique les rayons X, la haute fréquence, les rayons ultra-violets, l'ionisation, seront d'un secours efficace le plus souvent. Mais ils ont chacun leurs indications propres qu'il examine. H. RABEAU.

Le traitement du lupus tuberculeux de la peau. Les avantages de l'exérèse, par THIBAULT. *Journal de médecine de Paris*, 47e année, n° 48, 1er décembre 1927, pp. 950-953.

Cette question du traitement du lupus fit l'objet d'un rapport et d'une discussion au Congrès de Bruxelles l'an dernier. Aucun mode nouveau de traitement n'a été apporté depuis. T. qui d'ailleurs à ce moment présenta ses résultats, estime que l'exérèse chirurgicale est le procédé trop souvent délaissé à tort, et que dans beaucoup de cas il

constitue le procédé de choix, par sa rapidité, par la qualité des cicatrices. Il insiste sur quelques points de technique et sur les indications particulières de cette méthode. H. Rabeau.

Le lichen plan, par A. Lévy-Frankel. *Journal de médecine de Paris*, 47e année, n° 48, 1er décembre 1927, pp. 947-949.

Courte revue sur le lichen plan. L'auteur insiste surtout sur le traitement. Trois procédés : cryothérapie pour le lichen des muqueuses, acétylarsan souvent très efficace, radiothérapie en irradiation nue ou faiblement filtrée dans le lichen cutané, en irradiation filtrée, en particulier, sur la région bulbaire dans le lichen buccal. H. Rabeau.

Journal Médical français (Paris).

Schéma nosologique des ostéopathies syphilitiques observés dans la première enfance, par Pehu et Chassard. *Journal médical français*, t XVI, n° 11, novembre 1927, pp. 427 à 441.

Dans cette belle revue générale les auteurs envisagent les manifestations engendrées par la syphilis congénitale sur l'ensemble du squelette pendant les deux premières années de la vie. Dans cette période les ostéopathies dus à la syphilis ont une allure clinique et des signes radiologiques très particuliers. Ils étudient tour à tour l'ostéochondrite syphilitique, la périostite ossifiante, puis les formes gommeuses et les périostites dystrophiantes au point de vue anatomo-pathologique et clinique. Ils montrent les difficultés possibles du diagnostic clinique et insistent sur le précieux mode d'investigation fourni par la radiographie, qui permet bien souvent d'affirmer l'existence de syphilis congénitale. Ces altérations osseuses de la syphilis congénitale du premier âge ont une valeur sémiologique très grande. La constatation d'une ostéopathie, disent-ils, a dans le diagnostic de la syphilis héréditaire une portée considérable. Dans une statistique personnelle sur 85 cas de syphilis avérée ils ont noté 67 fois l'existence d'altération osseuse, soit 78,8 o/o. C'est dire quelle importance a l'examen du squelette dans certaines formes atténuées de syphilis infantile (bibliographie de la question). H. Rabeau.

L'hérédo-syphilis ostéo-articulaire des membres au cours de la deuxième enfance, par Lance et Huc. *Journal médical français*, t. XVI, n° 11, novembre 1927, pp. 442-447.

Ces lésions ne sont pas rares, mais le diagnostic en est souvent difficile, car l'hérédo-syphilis de la deuxième enfance est particulièrement discrète. La similitude avec la tuberculose ostéo-articulaire est déconcertante. L'évolution par poussées successives, par crises, la ténacité et la multiplicité des lésions, la symétrie sont cependant des signes de valeur particulière. Quatre variétés : l'ostéite diaphysaire, l'ostéite épiphysaire, l'ostéite juxta-épiphysaire, l'arthrite avec lésions purement synoviales La clinique et la radiographie ne permettent pas toujours un diagnostic. La réaction de Bordet-Wassermann manque souvent. Les auteurs insistent sur l'importance pratique de l'enquête

familiale, sur la recherche des stigmates d'hérédo syphilis capables d'étayer le diagnostic. Au point de vue thérapeutique le mercure et l'iodure sont les médicaments de choix. Mais le traitement médicamenteux ne suffit pas et l'immobilisation plus ou moins stricte est souvent nécessaire. H. RABEAU.

Hérédo-syphilis de l'appareil respiratoire, par J. HUTINEL. *Journal médical français*, t. XVI, n° 11, novembre 1927, pp. 448-450.

Les manifestations anatomo-cliniques déterminées par l'hérédo-syphilis sur l'appareil respiratoire sont bien connues maintenant depuis les beaux travaux du professeur Hutinel et de ses élèves. J. Hutinel et Azoulay y ont eux-mêmes consacré des thèses récentes. H. donne ici une description schématique remarquable par sa clarté des diverses scléroses pulmonaires, pleurales et médiastinales, et comment on peut concevoir le rôle de l'hérédo-syphilis en pareil cas. On trouve toujours à leur origine un épisode infectieux qui provoque un réveil de l'infection syphilitique latente. Ce qui est propre à la syphilis, ce sont les scléroses, surtout quand elles sont progressives. Le traitement institué précocement peut seul enrayer l'évolution des accidents.

H. RABEAU.

Annales de l'Institut Pasteur (*Paris*).

Sur la formation d'asques dans le tricophyton (deuxième mémoire), par ALEKSANDER WILENCZYK. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLI, décembre 1927, n° 12, pp. 1351-1356, 6 figures.

Dans un précédent mémoire W. dit qu'il a constaté que dans certaines conditions le tricophyton commence à former des asques qui apparaissent à la place des périthèces, des conidies, des chlamydospores. Langeron analysant ce travail a écrit que les points de vue de W. sont erronés. W. répond qu'il s'agit bien d'asques véritables. Il a pu en obtenir avec les souches de tricophyton dont il disposait. Il lui est difficile de dire quels sont les agents qui provoquent la formation des asques murs. D'après ses expériences l'afflux suffisant d'oxygène, une température appropriée et l'assèchement du milieu jouent le rôle principal. Il continue ses recherches dans le but de préciser les phénomènes. H. RABEAU.

Contribution à l'étude du virus herpétique (souche marocaine), deuxième mémoire, par P. REMLINGER et A. BAILLY. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLI, décembre 1927, n° 12, pp. 1314 à 1329.

Les auteurs ont en 1925 isolé un virus herpétique marocain fortement neurotrope par inoculation dans le cerveau d'un lapin d'une vésicule labiale d'un jeune indigène. Les animaux succombaient régulièrement le troisième jour à l'encéphalite spécifique. Ils donnent dans le mémoire le détail de leurs expériences dont voici les conclusions :

1° A la liste des espèces sensibles au virus herpétique (lapin, cobaye, souris, rat, certains simiens, hommes) il convient d'ajouter en plus du chat et du chien, le pigeon, l'oie, le hérisson ;

2° Le cheval, le mulet, le chien, la poule, le canard, le moineau, la

buse, la grenouille, la tortue terrestre, la tortue d'eau sont réfractaires à l'inoculation intracérébrale ;

3° La disparition du virus chez les animaux n'est pas immédiate (tortue, trois jours) ;

4° L'affinité du virus herpétique pour les tissus dérivés de l'ectoderme est loin d'être exclusive. Le tissu sous-cutané, en particulier, constitue une bonne voie d'introduction du virus ;

5° La vaccination du lapin contre l'inoculation intracérébrale est possible quoique difficile à réaliser. Elle s'établit dans des conditions assez analogues à celles du virus rabique. Il y a là une nouvelle analogie entre les deux tissus. H. Rabeau.

Le mécanisme des variations de la virulence des virus herpétiques et herpéto-encéphalitiques, par C. Levaditi, V. Sancher-Bayarri et C. Reine. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLI, décembre 1927, n° 12, pp. 1292-1313, 4 schémas, 5 tracés.

Les auteurs ont entrepris l'étude comparative de plusieurs souches de virus herpétique, et les ayant rapprochées du germe herpéto-encéphalitique C isolé en 1920 ont constaté une série de faits se rapportant aux modifications d'activité pathogène subies par cette souche C au cours des nombreux passages sur le lapin réalisés depuis 1920, et du mécanisme des virulences particulières à chacun des virus herpétique ou herpéto-encéphalitique étudiés par eux. On trouvera le détail de leurs nombreuses expériences qui leur ont permis de conclure que les virus herpétique et herpéto-encéphalitique comportent des variétés de virulence inégale. Leur activité pathogène est susceptible d'atténuation en dépit des passages réguliers effectués de cerveau à cerveau chez le lapin. Les souches les plus virulentes offrent une vitesse de multiplication névraxique nettement supérieure à la vitesse de pullulation des souches atténuées. La réceptivité inégale des animaux explique la variabilité des résultats des inoculations en série, ainsi que l'arrêt spontané des passages observés avec les germes herpétiques faiblement pathogènes. H. Rabeau.

A propos de la « chimiothérapie d'Ehrlich » et de certains principes généraux qui doivent être appliqués au traitement de toutes les maladies infectieuses, par Sir Almroth E. Wright. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLI, décembre 1927, n° 12, pp. 1243-1270.

Cette étude ne saurait être résumée. Il faut la lire dans le texte. W, reprend et critique le travail d'Ehrlich et sa terminologie. Il propose des termes nouveaux qu'il définit. En pharmacothérapie (ce terme remplace pour lui chimiothérapie) il ne s'agit pas d'un seul, mais de deux problèmes : l'un est purement chimique, l'autre est problème de transport. Certains germes infectants circulent dans le sang et sont facilement accessibles, d'autres se trouvent dans des régions physiologiquement si reculées qu'on ne peut les atteindre même avec des doses considérables. A propos des agents bactériotropiques il faut envisager ce qui se produit lorsque les microbes atteignent le sang, la lymphe ou les sécrétions. Pour chacun d'eux il faut étudier les trois

questions : 1° les germes sont-ils tués dans ce milieu par première intention ; 2° comment les germes qui ont survécu consolident-ils leur position ? 3° comment les germes ainsi soustraits à la destruction seront-ils combattus ?

L'efficacité d'un traitement antibactérien par des substances bactériotropiques dépend donc non seulement de leur constitution chimique (affinité destructive par les microbes, et combinaison rapide et exclusive avec ceux-ci) mais aussi du transport de ces substances du sang vers la lymphe et de la lymphe vers les sécrétions. Il semble que les échecs de la pharmacothérapie soient plus souvent imputables à un défaut de transport qu'à un défaut de constitution chimique de l'agent thérapeutique employé.

Comment atteindre ces foyers, ces « nids ecphylactiques » ? W. distingue deux ordres de procédés « procédés leucocytogogiques » qui amènent les leucocytes, « procédés séragogiques » qui mettent en œuvre le sérum ; ces procédés facilitent ou permettent l'action des agents bactériotropiques.

Procédés	Action physiologique
1° Production d'hypérémie active et d'irritation inflammatoire	Leucocytogogique et séragogique.
2° Production de congestion passive par bandes de bile . .	Séragogique pur.
3° Production d'œdème *ex vacuo* par déplétion et évacuation du foyer d'infection locale.	Leucocytogogique et séragogique.
4° Abaissement de la coagulabilité sanguine	Séragogique pur.
5° Production du phénomène d'inflammation d'Arthus . .	Séragogique et leucocytogogique.
6° Emploi d'agents albuminotracteurs (intertraction) .	Séragogique pur.

W. étudie ces trois derniers procédés, montre leurs déductions thérapeutiques possibles. Nous n'avons voulu donner qu'une idée de ce beau mémoire dont on voit la portée générale. H. RABEAU.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Deux cas de syphilis du cæcum, par M. NAVARRO. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. XCVIII, 91e année, n° 39, 29 novembre 1927, pp. 494-495.

Le premier malade âgé de 45 ans présentait une tumeur de la fosse iliaque droite avec quelques crises d'obstruction et apparence cachectique : masse non douloureuse débordant de la fosse iliaque dans le flanc et en dehors, allant jusqu'à l'os iliaque qui paraissait se confondre avec la tumeur. Le malade était syphilitique et fit même une hémiplégie dans le service. Guérison totale de la lésion cæcale par le mercure et l'iodure de potassium.

Dans le deuxième cas lésion peu douloureuse, avec peu d'entérite, et diffusion assez étendue vers la naissance du mésentère ; guérison par le traitement.

L'auteur insiste sur les douleurs beaucoup moindres que dans le tuberculome ou le cancer, l'infiltration étendue des lésions dans le tissu cellulaire (sans la consistance cartonnée ni les fistules de l'actinomycose), et l'existence d'une ulcération cæcale révélée par la présence de sang dans les selles en très petite quantité. A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Péritonite subaiguë syphilitique à forme ascitique, par MILIAN et LOTTE. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 43e année, n° 33, 1er décembre 1927.

Observation d'une femme de 29 ans présentant une ascite libre mobile, monosymptomatique, sans circulation veineuse collatérale, sans signes d'hypertension portale, sans modifications urinaires. On pense à une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. La malade est une spécifique récente. Une ponction montre un liquide ascitique jaune foncé, de formule type inflammatoire. Un cobaye est inoculé. Un traitement par le cyanure de Hg est institué, qui fait résorber l'ascite en 15 jours. Les auteurs pensent que ce cas permet de croire à l'existence d'une péritonite syphilitique secondaire, à forme ascitique, simulant l'ascite essentielle de Cruveilhier.

M. Babonneix a observé chez un jeune homme des gâteaux péritonéaux avec pleurésie des bases ; le malade avait l'aspect d'un bacillaire et guérit par le traitement spécifique. H. RABEAU.

L'abus des médicaments antisyphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires, par E. DONZELOT (Discussion : MM. Léon Tixier, Laubry, Clerc, H. Grenet, Noël Fiessinger). *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 43e année, n° 33, 1er décembre 1927, pp. 1530-1547.

D. estime que cet abus procède de deux causes :

1° Du fait que certains syndromes cardio-vasculaires sont, *a priori*, catalogués comme certainement syphilitiques alors que leur étiologie est fréquemment tout autre. Tels sont : l'aortite chronique, l'angine de poitrine, l'Adams-Stokes, et dans une certaine mesure l'hypertension artérielle elle-même. L'équation que trop de médecins ont pris l'habitude d'établir entre les différents syndromes et l'étiologie syphilitique est fausse. L'aortite chronique, de même que l'angine de poitrine est souvent chez des sujets jeunes d'origine syphilitique. Après la cinquantaine elle peut être d'origine hypertensive ou athéromateuse. Pour le syndrome d'Adams-Stokes le dogme de l'étiologie syphilitique règne encore ; si le déficit de l'appareil automatique des ventricules relève parfois de l'étiologie syphilitique chez les sujets jeunes, beaucoup plus souvent il a une étiologie différente chez les sujets âgés. Le syndrome hypertensif se rencontre fréquemment chez les

syphilitiques, mais D. pense qu'il y a seulement coexistence chez un grand nombre de malades, et qu'avant d'instituer un traitement antisyphilitique il faut faire la preuve de cette infection.

2° Du fait que les syndromes cardio-vasculaires authentiquement syphilitiques ne sont pas traités comme ils devraient l'être, c'est-à-dire en fonction de l'aptitude fonctionnelle cardiaque ou mieux cardio-réno-hépatique.

Il faut discuter l'opportunité du traitement et faire un choix judicieux. Il est possible schématiquement de ramener les éventualités à trois :

a) L'aptitude fonctionnelle cardiaque est suffisante et le bilan hépato-rénal satisfaisant. On fera un traitement prudent et progressif. B. donne la préférence au mercure, moins agressif que l'arsenic pour le foie, que le bismuth pour le rein ;

b) L'aptitude fonctionnelle cardiaque est légèrement déficiente, le bilan hépato-rénal médiocre. On fera d'abord un traitement cardiaque et rénal, le traitement spécifique viendra après, il sera prudent, et devra être arrêté au moindre signe de défaillance cardio-réno-hépatique ;

c) L'aptitude fonctionnelle cardiaque est nettement déficiente, le bilan réno-hépatique mauvais. Aucune discussion n'est possible, l'abstention complète s'impose.

Cette intéressante communication a été suivie d'une longue discussion que nous nous excusons de résumer.

M Tixier est entièrement de l'avis de D. Il a constaté des morts subites nombreuses chez des malades de ce genre soumis à des traitements spécifiques, alors que leur appareil cardio-rénal semblait avoir une aptitude fonctionnelle suffisante.

M. Laubry estime que B. a justement attiré l'attention sur une question difficile. Hypertension, angine de poitrine, pouls lent permanent ne sont que des syndromes. Ils sont loin d'être toujours en rapport avec la syphilis. Il a lui aussi constaté que pour beaucoup de médecins des signes de neurotonie cardiaque (algies pricordiales irradiant vers le bras gauche, dyspnée, souffle anorganique de la base, etc...) font immédiatement suspecter la syphilis. Cette suspicion se trouve, dit-il, confirmée par des examens radiologiques mal interprétés, des mensurations mal établies, ou par des réactions sérologiques discutables Il y a là abus certain.

Pour l'aortite, L. a déclaré jadis que toute aortite qui ne faisait pas sa preuve devrait être soupçonnée d'origine syphilitique. Discuter une pathogénie et un diagnostic est une chose ; prendre une détermination thérapeutique en est une autre. Il est souvent impossible d'établir que l'aortite en question n'est pas syphilitique. Doit-on alors s'abstenir d'un traitement qui dans les affections cardio-vasculaires reste pour nous l'arme souveraine ? Il faudrait que le traitement offre de réels dangers. L. n'en a pas constaté sauf avec les doses massives d'arsénobenzol qui sont contre-indiqués chez les cardio-vasculaires parce qu'elles peuvent être suivies de dilatation aiguë du cœur. Il faut

savoir utiliser ces ressources thérapeutiques, et savoir varier leur mode d'emploi. On le tentera à titre d'épreuve et après un essai loyal et suffisant, on l'abandonnera s'il n'a donné aucun résultat. On le tentera à titre préventif se souvenant que certains états comme l'hypertension prédisposent à l'artérite et qu'indirectement mais non moins nettement ils relèvera de certains traitements spécifiques, en particulier de l'iodure à haute dose. On le tentera à titre curatif, et s'il a donné ses preuves il faudra une intolérance solidement démontrée pour y renoncer.

M. Clerc distingue, d'une part, les questions doctrinales, d'autre part, les questions pratiques. Cliniquement on ne sait pas exactement différencier les affections qui sont d'origine syphilitique de celles qui ne reconnaissent pas cette étiologie. Pour l'hypertension l'étiologie syphilitique reste très obscure, le traitement peu indiqué ; pour l'aortite C. partage l'opinion de Laubry ; pour les cas intermédiaires, angine de poitrine, pouls lent permanent il faut être très prudent avant d'affirmer leur nature syphilitique. D'après ses recherches la syphilis serait en jeu dans un tiers seulement des insuffisances cardiaques. La conduite est souvent très délicate, et l'application du traitement demande une grande prudence.

M. Grenet estime que puisqu'il n'y a aucun critérium de l'étiologie syphilitique l'essai prudent d'une médication spécifique peut seule nous renseigner. Encore faut-il que le traitement soit fait à dose suffisante.

M. Noël Fiessinger apporte quelques arguments en faveur de l'hépato-toxicité de certains traitements antisyphilitiques. Le retentissement hépatique du traitement arsénobenzolique est bien connu, dit-il, mais on admet trop légèrement l'inocuité des préparations de bismuth. Il faut savoir que dans certaines insuffisances hépatiques avec sclérose il peut provoquer des aggravations. H. Rabeau

Le traitement des affections cardiovasculaires syphilitiques, par A. Sezary, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 43e année n° 33 1er décembre 1927, pp. 1547-1551.

Se basant sur les résultats de sa statistique personnelle S. montre que si le traitement anti-syphilitique est bien ordonné il ne peut être en aucun cas nuisible chez des malades atteints ou soupçonnés de syphilis cardiovasculaire. Chez des malades dont la syphilis est démontrée ou vraisemblable le traitement spécifique doit toujours être essayé, et, s'il y a amélioration, poursuivi avec persévérance, L'abstention, dit-il, comme l'abus thérapeutique me semble également néfastes. S. commente ses observations personnelles et s'il n'a pas toujours obtenu des résultats favorables dans l'athérome ou l'artériosclérose, au contraire dans l'anévrisme aortique, dans l'aortite avec ou sans signe stéthoscopique il a obtenu des succès remarquables et souvent imprévus, et cela quel que soit l'âge du malade et le médicament employé. H. Rabeau.

Diagnostic et traitement des aortites syphilitiques, par CH. FLANDIN. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 43e année, no 33, 1er décembre 1927, pp. 1551-1555.

Avant de discuter du traitement, dit-il, il est important de poser le diagnostic. Ce diagnostic est-il impossible ? F. ne le pense pas au moins pour ce qui est des aortites. La présence de périaortite de médiastinite est la signature de la syphilis si on fait abstraction du paludisme. Les localisations vasculaires et particulièrement aortiques de la syphilis paraissent contemporaines de la septicémie secondaire. Ces lésions évoluent ainsi pendant longtemps de façon latente, il faudra donc faire un traitement prolongé presque indéfiniment, savoir éviter les thérapeutiques intempestives, ne pas se fier à la négativité de la séroréaction pour éliminer la syphilis, et ne pas priver le malade d'un traitement spécifique qui bien conduit est capable de faire presque des miracles.

H. RABEAU.

Quelques remarques sur l'emploi des médicaments antisyphilitiques dans le traitement des syndromes viscéraux chroniques, par R. J. WEISSENBACH. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 43e année, no 33, 1er décembre 1927, pp. 1555 à 1559.

Le problème posé à propos de l'emploi des médicaments antisyphilitiques chez les malades de l'appareil cardio-vasculaire peut et doit être posé au sujet de tous les syndromes viscéraux chroniques.

Pour chaque groupe nosographique les syndromes envisagés peuvent être d'origine syphilitique ou seulement évoluer sur un terrain syphilitique. Quand il y a doute l'observation a démontré la légitimité des traitements d'épreuve. Dans la pratique l'emploi des médicaments antisyphilitiques doit être, à la fois, limité et précisé dans ses modalités par l'appréciation des conditions particulières réalisées par chaque malade. Il y a là une véritable gamme d'indication et surtout de contre-indications. Mais gardons-nous dit-il, en voulant éviter le péril, réel, de l'abus des médicaments antisyphilitiques, de commettre la faute grave d'en restreindre légitimement l'emploi.

H. RABEAU.

Lèpre avec cypho-scoliose, par BABONNEIX, TOURAINE et WIDIEZ. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 43e année, no 34, 8 décembre 1927, pp. 1575-1578.

Observation d'un adulte atteint de lèpre évidente : taches hyperchromiques et achromiques et nerveuses ; névromes de divers troncs nerveux, troubles trophiques des membres supérieurs avec amyotrophie, mutilation des doigts, mais avec cette particularité d'une cypho-scoliose des plus nettes.

Cypho-scoliose, troubles trophiques, thermo-anesthésie, voilà bien des éléments disent-ils pour penser à une syringomyélie ! Or on ne peut faire que trois hypothèses :

1° Les deux maladies coexistent ;

2° La syringomyélie peut se compliquer de taches pigmentaires, d'hypertrophie des troncs nerveux.

3° Contrairement à la théorie classique la lèpre peut se compliquer de cypho-scoliose.

C'est bien à cette troisième hypothèse que doivent aller nos préférences. H. RABEAU.

Sur le rôle de la syphilis dans la détermination des affections cardio-vasculaires, par M. RENAUD. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 43e année, n° 34, 8 décembre 1927, pp. 1578-1582.

En passant les choses au crible, dit-il, on s'aperçoit dans la pratique que les lésions viscérales syphilitiques ne sont pas très fréquentes. On peut faire un traitement d'épreuve, mais il faut bien savoir que les inflammations dues à la syphilis obéissent remarquablement vite au traitement. En présence d'une lésion syphilitique il faut faire un traitement efficace convenable. Il retrouve dans la communication de Donzelot la confirmation des idées déjà soutenues par lui à cette société en 1924, sur la syphilis et les scléroses viscérales.

H. RABEAU.

A propos du traitement des aortites syphilitiques, la base anatomique des notions de syphilis de l'aorte et de l'aortite syphilitique, par G. CAUSSADE et A. TARDIEU. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux,* 3e série, 43e année, n° 34, pp. 1584-1586.

Il est bien établi que la syphilis provoque au début des lésions des petits vaisseaux (péricapillarite). Il est probable qu'ultérieurement en l'absence de tout traitement spécifique, cette altération aboutira à des lésions dégénératives dont l'athérome ne représente peut-être que les manifestations ultimes évidentes. La syphilis dans ses manifestations tardives a tendance à se localiser. Lésions localisées, segmentaires, groupées profondes (plaques fibroïdes de Tripier) à début artériels tels sont les caractères anatomo-pathologiques propres de la syphilis de l'aorte. Cependant il est des cas où l'on trouve toute une série de petites gommes en miniature, échelonnées sur le tronc de l'aorte. Enfin dans nombre de cas les lésions d'aortite chronique s'associent soit à un anévrysme, soit à des plaques fibroïdes syphilitiques.

Aussi l'anatomo-pathologie enseignant que sur des coupes d'aortite chronique, les lésions histologiques caractéristiques de la syphilis chronique de l'aorte peuvent s'intriquer, il n'y a pas lieu sauf dans des cas où l'on constate une des contre-indications précisées par Laubry, de refuser aux aortiques le traitement spécifique seul susceptible d'enrayer l'extension des lésions soupçonnées. H. RABEAU.

Le traitement antisyphilitique chez les cardiaques, par CH. AUBERTIN. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux,* 3e série, 43e année, n° 34, 8 décembre 1927, pp. 1586-1587.

L'auteur qui dans son service de médecine générale de Saint-Louis a pu observer un grand nombre de malades de ce type n'a constaté ni accident ni incident à condition :

1° Ne faire de traitement actif que s'il y a présomption d'étiologie syphilitique.

2° Ne pas faire de traitement si le malade est en imminence d'insuffisance cardiaque, commencer par traiter l'insuffisance cardiaque par les moyens habituels.

3° De choisir un médicament en rapport avec la capacité de résistance du malade.

4° De ne pas faire de doses massives, surtout de novarsénobenzol, ne pas faire de traitement spécifique chez les sujets trop âgés.

En suivant ces règles fort simples dictées par le bon sens, l'auteur n'a jamais observé d'accidents mais obtenu souvent des résultats remarquables et surprenants par leur rapidité. H. Rabeau.

De l'importance étiologique de la syphilis en pathologie cardio-vasculaire, déductions thérapeutiques, par G. Lian. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 43e année, n° 34, 8 décembre 1927, pp. 1588 et 1589.

Se basant sur des considérations cliniques et sérologiques L. formule les remarques suivantes.

Au point de vue étiologique une place spéciale doit être faite aux aortites avec anévrisme ou avec insuffisance aortique. L'origine syphilitique est de règle pour les premières, fréquente pour les secondes.

En dehors de ces deux cas une importante distinction doit être faite selon que les sujets ont atteint ou non le voisinage de la cinquantaine, lorsqu'on discute l'origine des aortites, des artérites de l'hypertension artérielle. Les hypertensions artérielles, les scléroses de l'âge critique sont pour lui l'expression de troubles humoraux, d'une véritable dyscrasie de la cinquantaine sclérogène et surtout hypertensive.

Au point de vue thérapeutique : dans la syphilis cardio-vasculaire avérée, soigner d'abord le malade sans tenir compte de la syphilis. Le traitement spécifique viendra après et sera d'autant moins intensif que l'insuffisance cardiaque aura été plus accentuée.

S'il n'y a que présomption de syphilis le traitement d'épreuve s'impose chez les sujets jeunes présentant aortite, artérite viscérale ou hypertension artérielle, il s'impose beaucoup moins au-dessus de 50 ans, et rarement chez ceux de 60 ans. Son action est d'ailleurs souvent difficile à apprécier. H. Rabeau.

Nævus variqueux ostéo-hypertrophique. Remarques cliniques et pathogéniques, par A. Sézary et Lichtwitz. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*. 3e série, 43e année, n° 34, 8 décembre 1927, pp. 1601-1605.

Observation intéressante d'un malade atteint d'une variété spéciale de nævus variqueux ostéo-hypertrophique du membre inférieur droit, auquel s'associaient un allongement du membre sans hypertrophie osseuse et de l'atrophie musculaire. Les auteurs insistent sur la dissociation de l'hypertrophie osseuse portant uniquement sur la longueur, sur l'atrophie musculaire, sur l'existence de nævi, non seulement sur le membre atteint mais encore à distance.

La pathogénie de cette affection est très discutée. Les auteurs ont constaté de l'augmentation de la température locale, de l'exagération

des réactions vaso-motrices après cataplasme sinapisé, des modifications de la tension, de l'indice oscillométrique et de la chronaxie. Ces signes leurs paraissent militer en faveur d'une lésion embryonnaire ou acquise des centres sympathiques. H. Rabeau.

De l'usage du traitement antisyphilitique dans les affections cardio-vasculaires, par R. Benard, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 43e année, n° 35, 15 décembre 1927, pp. 1607-1610.

En présence de malades atteints d'affections cardio-vasculaires et chez lesquels on trouve la syphilis il est indispensable de faire le traitement spécifique ; mais s'il existe des signes d'insuffisance cardiaque on doit le mettre en œuvre mais avec de grandes précautions. S'il n'y a que présomption et si le foie et les reins étant bons il n'y a pas d'insuffisance cardiaque on doit le tenter. S'il y a des signes d'insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale le traitement antisyphilitique est d'un emploi très discutable et devient une question d'espèce.

H. Rabeau.

Troubles cardio-vasculaires et traitement spécifique, par H. Dufour, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 43e année, n° 35, 15 décembre 1927, pp. 1610-1612.

D. apporte les résultats intéressants de sa statistique personnelle portant sur 171 malades. Voici ses pourcentages de syphilitiques :

Hypertension	20 o/o
Angine de poitrine . . .	20 o/o
Troubles de myocarde . .	39 o/o
Lésions mitrales	40 o/o
Aortites	40 o/o

il est curieux de voir le nombre de lésions mitrales syphilitiques, qui datent de l'enfance et sont sous la dépendance d'une syphilis héréditaire.

Reprenant les éventualités envisagées par Donzelot, il est d'accord qu'il faut être prudent et que bien entendu avant d'instituer un traitement antisyphilitique il faut juger de l'état du foie et des reins, et considérer l'organisme du malade comme un ensemble sur lequel le traitement spécifique peut avoir la plus heureuse influence lorsqu'il est judicieusement institué. H. Rabeau.

Syphilis et maladie de Hodgkin (lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg, adénie éosinophilique prurigène de Favre-Colrat), par L. Langeron. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 43e année, 3e série, n° 35, 15 décembre 1927 pp. 1619-1624

Le problème de l'étiologie de la maladie de Hodgkin reste très obscur. L. publie une observation que voici rapidement résumée. Malade de 45 ans présentant une éruption maculo-papuleuse et des tuméfactions du tibia et du nez ; le Wassermann est négatif. Un traitement spécifique guérit rapidement les lésions. 2 mois après développement d'une adénie généralisée avec éosinophilie. Mort au bout d'un mois. Autopsie : adénopathies multiples, splénomégalie ; recherches his-

tologiques et parasitologiques négatives pour la syphilis, caractéristiques de la lymphogranulomatose. La succession des manifestations pathologiques peut inciter à rattacher la seconde à la première. Reprenant l'étude critique des travaux publiés sur les rapports de la lymphogranulomatose et de la syphilis L. conclut que le rôle de la syphilis acquise ou héréditaire doit être tenu pour nul dans la production directe de la maladie de Hodgkin. H. Rabeau.

Etude expérimentale sur les tatouages et déduction sur la physiologie de la peau, par A. C. Guillaume. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 43e année, 3e série, n° 36, 22 décembre 1927, pp. 1647-1650.

G. a étudié expérimentalement le mécanisme de production des tatouages ; les stades successifs par lesquels passe le tatouage sont les suivants : 1° dépôt de la substance colorante dans le derme ; 2° épanouissement de la matière colorante déposée ; 3° transport des corpuscules colorants dans la profondeur du chorion du derme ; 4° amassement des granules colorés autour des vaisseaux sanguins auxquels ils forment un manchon ; 5° stabilisation de ce processus qui constitue le tatouage indélébile définitif. Cette étude montre l'existence à l'intérieur du derme de voies de communication d'un système réticulaire qui divise les substances en suspension ou en dissolution, opère une séparation entre ces substances, drainage qui s'effectue dans le système lymphatique. H. Rabeau.

A propos de la communication de A. C. Guillaume sur les tatouages dans la séance du 16 décembre. Réclamation de priorité, par G. Variot. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 43e année, 7e série, n° 37, 29 décembre 1927, p. 1683.

V. en 1888 publia ses premières recherches histologiques sur les tatouages. Les recherches de Guillaume ne viennent que donner un caractère définitif aux observations poursuivies par V. autrefois sur ce sujet sans rien y ajouter de nouveau. H. Rabeau.

A propos de la communication de Donzelot, par Milian. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 43e année, 3e série, no 37, 29 décembre 1927, pp. 1675-1683.

M. rappelle que, depuis Fournier, la part attribuée à la syphilis dans l'étiologie des affections cardio-vasculaires a énormément augmenté ; or ce sont les cardiologues eux-mêmes qui ont soutenu la fréquence de l'étiologie syphilitique. Il ne veut pas revenir sur la question de nature possible des cardiopathies, il croit cependant qu'il faut souvent penser à la syphilis quand on ne retrouve pas d'autre étiologie, car c'est une maladie qui a l'habitude de se cacher. Aussi ne faut-il pas hésiter à faire un traitement d'épreuve bien conduit.

Pour ce qui est du traitement et des accidents invoqués chez les cardio-vasculaires il faut en rendre responsable plus la technique employée que le traitement même. Bien manié le cyanure de mercure ne provoque pas d'accidents. Même remarque pour l'arsénobenzol ; des dilutions suffisantes, l'adjonction de traces d'adrénaline mettent à l'abri

des ennuis. La grande difficulté est de savoir si on ne va pas réactiver l'affection cardio-vasculaire ; aussi il faut faire un traitement suffisant. On commencera par le mercure sous forme d'huile grise et au bout de deux mois on fera de l'arsénobenzol qui sera alors bien toléré même d'emblée à fortes doses. Avec l'arsénobenzol on emploiera les doses massives avec le mercure et le bismuth des doses soutenues.

Ainsi on pourra traiter sans incidents d'une manière convenable les cardiopathies. H. Rabeau.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'action des petites doses répétées de salvarsan (Ueber die Wirkung kleiner gehäufter Salvarsandosen (Sogenannter Scholtzscher Schläge), par F. Oelze. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXXXV, n° 49, 3 décembre 1927, p. 1673.

Non seulement l'emploi du salvarsan à petites doses déterminées n'augmente pas l'efficacité du médicament, mais encore il la diminue. Cette diminution est telle que dans la plupart des cas examinés, la puissance de contagion reste très élevée, tandis qu'avec une seule dose massive, les spirochètes disparaissent presque constamment de la surface de tous les éléments examinés. Ch. Audry.

Concentration des ions hydrogène du sang dans quelques dermatoses inflammatoires et non inflammatoires (Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei einige entzündlichen und nichtentzündlichen Dermatosen), par T. Preininger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 49, décembre 1927, p. 1679.

P. recherche le pH dans le sang normal et dans le sang de quelques dermatoses (100 malades) : dermite artificielle, érythème polymorphe, urticaire, radiodermite, impétigo streptococcique, eczémas aigus, subaigus et chroniques, eczéma séborrhéique, psoriasis, etc. Le taux normal du pH est 7,61 ; en moyenne dans le psoriasis, il le trouve 16 fois supérieur et 9 fois inférieur à la normale. Dans le groupe eczéma, prédominance des taux inférieurs (73 contre 18), et surtout dans les formes aiguës ou subaiguës. Dans une pyodermite, le pH passe de 7,52 à 7,66 à la guérison. L'acidose ou l'alcalinose sont donc des facteurs à considérer dans le psoriasis et l'eczéma.

L. Chatellier.

La réaction à la ninhydrine avec les extraits glandulaires (Lüttge-Mertz) dans quelques dermatoses (Mit Inkretextrakten angestellte Ninhydrinreaktion (Lüttge-Mertz) bei einigen Dermatosen), par G. Doczy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 49, décembre 1927, p. 1685.

D. applique au psoriasis, au lichen plan, aux hyperkératoses, à une maladie de Darier, au vitiligo, etc., la technique décrite par Lüttge-Mertz en 1926 pour l'étude des dysfonctions glandulaires internes. Sur 120 cas de psoriasis, il constate des altérations fonctionnelles de l'hypophyse (95 fois), de la thyroïde (45), du thymus et de l'ovaire (40). La thyroïde seule était en cause dans les cas examinés de sclérodermie, de maladie de Darier, pityriasis rubra pilaire et d'ichtyose. Pour

le vitiligo, l'albinisme partiel, les surrénales seules ; pour 2 cas de Quincke et 11 d'urticaire, insuffisance parathyroïdienne, testiculaire ou ovarienne. L. Chatellier.

Sur quelques conditions qui concourent à l'apparition de l'érythème et de la pigmentation (Ueber einige bei dem Zustande Kommen von Erythem und Pigmentbildung mitwirkende Gesetz mässigkeiten), par R. Stahl et G. Simsch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 50, décembre 1927, p. 1701.

Les auteurs ont cherché les facteurs capables de modifier l'érythème et la pigmentation consécutifs à l'irradiation par les ultra-violets.

L'hyperémie des zones irradiées renforce l'érythème et la pigmentation ; leur anémie réduit l'érythème. Le froid accentue la pigmentation. L'hyperémie, pour être efficace, doit se prolonger pendant l'irradiation. Le froid agit en créant une sympathicotonie cutanée. L'éphédrine et l'éphétonine *per os*, ont la même action : augmentation de la pigmentation surtout. Le dégraissage de la peau renforce érythème et pigmentation ; le graissage les diminue. On comprend l'influence de la chaleur estivale (érythème et pigment), d'un vent froid (pigmentation). L. Chatellier.

Pigmentation étendue de la peau par aménorrhée (Ausgebreitete Pigmentation der Haut im Zusammenhang mit Amenorrhœ), par A. F. Slatmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 50, décembre 1927, p. 1703.

Chez une jeune fille de 13 ans, sans antécédents pathologiques, s'installe rapidement une aménorrhée totale, qui s'accompagne bientôt d'une éruption indolente, non prurigineuse, de taches rouges, siégeant sur les cuisses et les jambes. L'éruption s'étend à mesure que disparaissent les règles et se compose à la fin de taches café au lait disséminées sur les membres inférieurs, les fesses, le dos et la poitrine. A leur niveau, la peau est sèche, fine, squameuse par endroits. Histologie : sur un fragment, petites suffusions sanguines éparses, correspondant à des vaisseaux élargis ; sur l'autre fragment, lésions anatomiques nulles. Par des injections de pituiglandol, amélioration progressive et presque totale de la pigmentation, et retour régulier des menstrues. L. Chatellier.

Sur la clinique et l'histologie du granulome annulaire (Zur Klinik und Histologie des Granuloma annulare), par Selisky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 50, 10 décembre 1927, p. 1710 (avec 1 figure).

Granulome annulaire des doigts et des mains observé chez une femme de 28 ans syphilitique. Au microscope, granulome dégénéré au centre. Pas de bacilles décelables. Il y avait dans ce cas, comme anomalie, une localisation à la paume des mains ; de plus, des papules et des croûtes. S. pense qu'il s'agit probablement de tuberculose.

Ch. Audry.

Sur le lentigo profus (Zur Kasuistik der Lengitinosis profusa), par O. Kiess. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, nº 51, 17 décembre 1927, p. 1729 (avec 2 figures).

A propos d'un cas personnel recueilli chez un garçon de 6 mois, K. réunit les huit observations connues depuis le fait initial de Darier. Il existait dans le cas de K. une infiltration de cellules næviques. Un assez grand nombre des efflorescences avaient disparu ou s'étaient atténués spontanément en quelques mois. K. donne un résumé didactique des cas publiés et les différencie de quelques autres manifestations semblables et principalement de la neuro-fibromatose.

(Bibliographie). Ch. Audry.

Gommes symétriques des parotides et des sous-maxillaires ; orchite syphilitique gauche (Symmetrische gümmose Erkrankung der Parotis und Submaxillardrüsen Orchitis luetica sinistra), par H. Mierzecki. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 51, 17 décembre 1927, p. 1740 (avec 3 figures).

Il s'agit d'un homme présentant une infiltration diffuse et à peu près symétrique des régions parotidiennes et sous-maxillaires et une orchite gauche : syphilis 4 ans auparavant. Au microscope, gommes typiques dans la parotide et le testicule. Ch. Audry.

Sarcome sur lupus (Lupussarkom), par A. Schach. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 51, p. 1736 (2 figures).

Un ancien lupique, de 54 ans, présente sous l'oreille droite une tumeur hémisphérique, grosse comme une noix, développée au centre d'un vaste lupus ancien cervico-facial. Adénite régionale. Au microscope, lésions typiques de lupus dans le territoire lupique. Quant à la tumeur même, c'est un pur sarcome à cellules polymorphes, tout à fait différent d'un carcinome ou d'un épithélioma. Ces sarcomes sur lupiques sont très rares, connus par un cas de Tauffer, un autre récent de Diss et Lévy, etc.

En ce qui touche la pathogénie, S. rappelle les expériences du cancer expérimental où l'on a vu le sarcome résulter d'une inoculation carcinomateuse. Ch. Audry.

Action paradoxale du traitement spécifique, sa constatation sur la peau et sa signification pour la classification et le pronostic des neurorécidives (Paradoxe Wirkung spezifischer Syphilis behandlung, ihre Beobachtung an der Haut und Bedeutung für die Einteilung und Prognostik der Sogenannten Neurorezidive), par R. Habermann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 52, décembre 1927, p. 1773, 2 fig. dans le texte.

H. rappelle que les cas de résistance au traitement n'étaient pas rares avant l'arsénothérapie ; ils sont beaucoup moins fréquents. Il rapporte une observation de syphilis tertiaire ulcéreuse des jambes où la guérison des lésions s'est effectuée au centre, tandis qu'à la périphérie se développaient pendant le traitement des lésions nouvelles. En même temps, grâce à la cicatrisation rapide, s'installait un œdème intense du pied. Traitement : arsenic et bismuth. H. voit dans les troubles circulatoires occasionnés par la cicatrice rétractile, l'explication de ces lésions nouvelles. C'est à cette cicatrisation rapide qu'il rapporte certaines exaspérations constatées au cours du traitement de

la syphilis nerveuse. Il convient d'après lui de distinguer, parmi ces dernières : la réaction d'Herxheimer, toujours précoce ; les effets de la rétraction cicatricielle, qui commencent pendant le traitement et s'aggravent avec la guérison, et enfin la neurorécidive vraie qui apparaît longtemps après la cure thérapeutique. La meilleure prophylaxie de ces accidents de « neurosyphilis provoquée » réside dans un traitement mixte intensif. H. rapporte l'observation d'une malade enceinte qui, pendant le traitement et après l'accouchement, voit se développer une hémiplégie gauche, aggravée par la prolongation du traitement et guérie par la malariathérapie. L. Chatellier.

Sur le traitement du psoriasis vulgaire et du lichen plan par des préparations de glandes à sécrétion interne (Ueber die Behandlung der Psoriasis vulgaris and des Lichen ruber planus mit innersekretorischen Präparaten), par G. Doczy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 50, décembre 1927, p. 1708.

Après avoir déterminé par la réaction à la ninhydrine la ou les glandes défaillantes, G. a traité 120 psoriasis, 4 lichen plan. 46 psoriasiques ont été guéris, 40 améliorés, 34 traités sans résultat. 40 o/o des psoriasiques non guéris par l'opothérapie, ont été rapidement blanchis par le traitement local (chimiothérapie ou radiothérapie). 15 récidives au bout de 3-7 mois, après la guérison ; parmi ces récidives, 10 ont été de nouveau guéris par l'opothérapie seule. Sur les 4 lichen plan, 3 guérisons, qui restèrent 6-12 mois sans rechutes.

L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Traitement massif et liquide céphalo-rachidien (Kurmass und Liquor), par T. Schreus et V. Napp. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 5, décembre 1927, p. 321.

S. et N. se sont proposés de vérifier les propositions de E. Hoffmann et Zurhelle, d'après lesquelles un traitement maximal intensif exerce sur l'état du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques une action infiniment plus salutaire que les traitements moindres.

Leur statistique personnelle porte sur 332 cas. Ils concluent qu'au stade précoce de la syphilis un traitement suffisamment énergique et convenablement répété arrive à faire disparaître à peu près complètement les réactions céphalo-rachidiennes que l'on constate dans une proportion de 30 o/o. Mais à une période plus avancée, la proportion de lésions céphalo-rachidiennes chez les syphilitiques non traités monte à 50 o/o. Dans ce cas encore, la médication intensive a une action salutaire, en ce sens que le nombre en tombe à 30 o/o chez les sujets dont la réaction Wassermann sanguine a pu être négativée par le traitement. Mais si le traitement ne réussit pas à effacer la réaction Wassermann sanguine, il ne modifie pas les lésions céphalo-rachidiennes. Enfin d'une manière générale, il faut admettre qu'un traitement insuffisant n'est pas plus efficace, à ce point de vue, qu'un traitement nul. Ch. Audry.

Favus du corps par achorion gypseum (Ueber Favus corporis durch Achorion gypseum), par K. Tzschirntsch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 5, décembre 1927, p. 331.

T. rappelle les recherches antérieures sur les formes pseudo-trychophytiques causées par l'*achorion gypseum*. Il en donne 2 nouvelles observations, les deux premières recueillies sur 3 jeunes garçons, frères et la troisième sur un homme de 60 ans où les lésions étaient infiltrées.

Dans tous ces cas, la maladie très trychophytoïde ne peut être bien déterminée que par l'examen des cultures. Il est remarquable que chez ce dernier malade, il existait une réaction allergique à la trichophytine.

Ch. Audry.

Sur la question de l'impétigo herpétiforme (Zur Frage der Impetigo herpetiformis), par K. Schreiner. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 5, décembre 1927, p. 340.

Il s'agit d'un garçon de 11 ans, extraordinairement obèse, avec des organes génitaux rudimentaires qui depuis la première année de sa vie présente des récidives continuelles d'une éruption dont l'apparence et la marche répondent exactement à celles de l'impétigo herpétiforme de la grossesse. Rien d'anormal du côté de l'hypophyse. L'épreuve de l'adrénaline fit monter le sucre du sang de 0,1 à 2,5, tous les signes cliniques étaient ceux de l'impétigo herpétiforme : apparence, groupement et progression des éléments pustuleux, frissons, fièvres, etc. Traitement inutile. Recherches bactériologiques sans résultats. Etat général assez bien conservé.

Le rôle des troubles endocriniens paraît ici bien probable.

Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Acrodermatite continue, par Barber et Eyre *The British Journ. of Dermatol. and Syphilis*, n° 470, décembre 1927, p. 485, 12 fig.

B. et E. décrivent trois cas d'acrodermatite continue dont l'un correspond à la forme maligne progressive d'Audry. Dans ce cas, les pyodermites et les eczématisations étaient généralisées et il existait des lésions muqueuses que B. et E. ne considèrent pas comme exceptionnelles dans cette affection. Dans les trois cas on a pu obtenir des cultures pures de staphylocoque doré et les malades ont guéri par des injections d'autovaccin, la désinfection locale variée et longuement poursuivie, et la suppression des foyers d'infection dentaire.

Il semble donc que la maladie d'Hallopeau est une pyodermite particulière causée par un staphylocoque très virulent qui paraît trouver, dans le milieu périunguéal, un terrain particulièrement favorable à son développement et à sa résistance. Rien ne justifie les hypothèses étiologiques nerveuses, trophiques, endocrino-sympathiques qui ont été invoquées ni les notions de parenté de cette affection avec la maladie de Duhring ou le psoriasis. S. Fernet.

Actas Dermosifiliograficas (Madrid).

La vitesse de sédimentation des hématies en dermato-vénéréologie (La velocidad de sedimentatión de los hematies en dermato-venereologia), par J. S. Covisa et E. de Gregorio. *Actas dermo-sifiliógraphicas*, año XIX, nº 5, junio-julio 1927, p. 436, 32 pages.

J. S. C. et E. de G. ont suivi la méthode de Westergreen, en employant une solution citratée à 5 o/o et en utilisant l'appareil et les pipettes de Leitz. La lecture est faite après 1 heure et après 24 heures.

Après avoir rappelé les principaux travaux, ils donnent le résultat de leurs recherches.

Syphilis.

A la période du chancre, au cours de la *phase présérologique*, la vitesse de sédimentation des hématies est très légèrement augmentée. La moyenne est de 10,4 pour 1 heure et de 32 pour 24 heures.

Cette augmentation devient notable *dès que la réaction de Wassermann est positive* (34,75 pour 1 heure ; 82,50 pour 24 heures.

La syphilis secondaire avec lésions en activité et Wassermann positif donne les chiffres les plus élevés (44,6 pour 1 heure ; 88,90 pour 24 heures).

Au cours de la syphilis tertiaire la sédimentation est souvent rapide, mais on observe de grandes variations. Les moyennes sont de 25,05 après 1 heure et de 67,60 après 24 heures. La comparaison des résultats de cette méthode avec ceux de la réaction de Wassermann fait apparaître un réel parallélisme.

Syphilis tertiaire avec W. nég.	V. S. 1 h.	13,17	V. S. 24 h.	58,7
Syphilis tertiaire avec W. pos.		29,6		75,10

D'une façon générale, au cours de la syphilis, la vitesse de sédimentation des hématies augmente avec l'intensité des manifestations et diminue sous l'action des remèdes spécifiques, mais moins rapidement que la réaction de Wassermann.

Chancre mou.

La sédimentation peut être normale ou fortement accélérée. L'accélération s'observe cependant dans la majorité des cas. Elle est modérée lorsque la chancrelle évolue sans complications et s'exagère chez les malades porteurs d'une adénite aiguë (40,84 pour 1 heure ; 51,62 pour 24 heures).

La blennorragie aiguë antérieure n'entraîne aucune modification appréciable de l'épreuve.

Dans l'urétrite gonococcique totale on observe de grandes variations. L'épididymite donne lieu en général à une réaction intense.

Au cours des *eczémas* aigus, la vitesse de sédimentation des hématies est légèrement augmentée. Dans les eczémas chroniques elle est voisine de la normale.

Les résultats obtenus dans les *pyodermites* dépendent surtout de l'étendue des lésions, de leur âge et des germes en cause. Plus la suppuration est intense et profonde, plus la vitesse de sédimentation est accrue.

Les chiffres trouvés chez les *galeux* et chez les sujets atteints de *phtiriase* sont très variables suivant qu'il existe ou non des complications infectieuses. Normaux dans le second cas, ils sont assez souvent élevés dans le premier.

Les recherches relatives au *favus*, aux *trichophyties* du cuir chevelu et de la barbe sont en trop petit nombre et donnent des résultats trop discordants pour autoriser des déductions précises.

Tuberculose et tuberculides.

Le lupus vulgaire, les suppurations scrofuleuses du cou, la tuberculose verruqueuse, l'ostéite, l'orchite tuberculeuses s'accompagnent d'une accélération de la sédimentation globulaire, mais sans parallélisme avec l'étendue du processus, ni avec la variété de la lésion.

Au cours du lupus érythémateux on trouve des chiffres élevés chez quelques malades et normaux chez d'autres.

La réaction confine à la limite supérieure de la normale dans la plupart des cas d'érythème induré de Bazin.

Quelques auteurs ont signalé une augmentation de la vitesse de sédimentation des hématies à la suite d'injections de tuberculine chez les sujets tuberculeux, alors que cette injection ne donnerait aucune modification chez les sujets sains. Les résultats obtenus par J. C. S. et E. de G. sont discordants.

Dans le groupe des *érythèmes noueux et polymorphe*, où il existe une étiologie infectieuse, on observe une augmentation de la vitesse de sédimentation, ainsi que dans deux cas de *purpura*, dans un cas de *pellagre* et dans un cas *d'érythème pellagroïde*.

Par contre, des malades atteints de divers *érythèmes d'origine externe* présentent des réactions normales.

La vitesse de sédimentation n'est pas modifiée dans le *lichen plan*, ni dans le *psoriasis*, tant que le grattage n'a pas donné lieu à de l'infection.

Elle est augmentée chez un sujet atteint d'*érythrodermie leucémique*, chez des malades porteurs d'*ulcérations variqueuses* et enfin dans les divers cas de *lymphogranulomatose inguinale subaiguë*, que les auteurs ont eu l'occasion d'observer. J. Margarot.

Lupus érythémateux, variété non atrophiante, primitif, du cuir chevelu (Lupus eritematoso, variedad no atrofiante, primitive, del cuero cabelludo), par Alvarez Sainz de Aja. *Actas dermo sifiliograficas*, año XIX, nº 5, junio-julio 1927, p. 423.

Cas singulier de lupus érythémateux du cuir chevelu, évoluant sans atrophie, ni alopécie définitive.

Les lésions en activité ont la forme d'un anneau irrégulier, de coloration rouge, un peu squameux, avec infiltration assez ferme de la zone de progression et chute des cheveux. La partie centrale, guérie sans cicatrice, est le siège d'une repousse qui a déjà donné une large mèche de cheveux blancs. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (*Chicago*).

L'emploi du collodion à la Tetraiodo-methenamine dans les épidermomycoses, par SHARLIT et HIGHMAN. *Archives of Dermat. and syphil.*, vol. XVI, n° 6, décembre 1927, p. 697.

La tétraiodo-hexaméthylénamine $(CH^2)^6N^4I^4$ incorporée à du collodion élastique dans la proportion de 0,5 o/o dégage de l'iode à l'état naissant d'une façon continue. S. et H. ont appliqué cette propriété au traitement des épidermomycoses. Ils pratiquent deux fois par jour des badigeons des surfaces infectées pendant 8 jours, puis enlèvent la couche de collodion avec de l'éther et recommencent le même traitement, si c'est nécessaire. Ce procédé. qui s'est montré très efficace, a l'avantage de préserver les régions atteintes du contact de l'air et de l'humidité, favorable au développement des champignons, et de constituer, surtout aux extrémités, un pansement constant, actif, sec, propre et commode. On peut le rendre plus actif en faisant précéder le badigeon d'un poudrage au talc, contenant 10 o/o d'iodure de potassium, procédé répondant à certains faits expérimentaux. Malgré la puissance de pénétration des vapeurs d'iode, lorsque la couche cornée est très épaisse, comme c'est le cas dans certaines épidermomycoses interdigitales, l'application du collodion iodé doit être précédée d'un décapage de la région. S. FERNET.

L'excrétion du sucre par la sueur ; son rapport avec l'eczéma, par USHER et RABINOWITCH. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVI, n° 6, décembre 1927, p. 706.

La sueur contient normalement une substance fermentescible et réductrice qui paraît être du dextrose. L'excrétion de cette substance est augmentée chez les eczémateux chez lesquels la tolérance au sucre est diminuée et qui, après ingestion de celui-ci, présentent de l'hyperglycémie. S. FERNET.

Les champignons et les mycoses, par CASTELLANI. *Archives of Dermat. and Syphil.*, vol. XVI, n° 6, décembre 1927, p. 714, 8 fig.

Classification et exposé de la troisième classe des Champignons : les Phycomycètes, suivis d'un chapitre sur les caractères biologiques des champignons : les agglutinines, les toxines, les vaccins, les symbioses.

Cet important travail est terminé par l'exposé d'une méthode mycologique de différenciation et d'identification des hydrates de carbone. Il n'existe pas de germe spécifique pour chaque substance, germe qui, par exemple, ferait fermenter uniquement le maltose, ou uniquement le galactose. Mais comme certains champignons et certaines bactéries sélectionnent des substances hydro-carbonées à l'exclusion des autres, il a été possible, en groupant les germes d'après leurs propriétés, d'établir une méthode d'identification des hydrates de carbone. Lorsque, par exemple, un liquide sucré fermente avec production de gaz en présence de *Monilia tropicalis* et que ce même liquide ne fermente pas avec *Monilia macedoniensis*, c'est qu'il contient du mal-

tose. Appliquée à l'examen des urines, cette méthode permet de déterminer la qualité du sucre éliminé (dextrose, lévulose, maltose, galactose, lactose, pentose). S. FERNET.

Kératodermie blennorrhagique, par ROSTENBERG et SILVER. *Archives of Dermat. and Syphil.*, vol. XVI, nº 6, décembre 1927, p. 740, 6 fig.

R. et S. publient un cas de kératodermie blennorrhagique particulièrement étendue ; lésions hyperkératosiques rupioïdes parsemées sur les membres, carapaces hyperkératosiques plantaires, lésions papulo-croûteuses et érythémato-squameuses sur la totalité du corps.

A propos de cette observation les auteurs rappellent que, sur les 70 cas connus, un diplocoque ne prenant pas le Gram n'a été trouvé qu'une fois dans les lésions cutanées (Wadsack). On a, par contre, été fréquemment frappé par les analogies de la kératodermie blennorrhagique et du psoriasis arthropathique. Il semble qu'il existe un syndrome constitué par la triade : hyperkératose, polyarthrite, infection génito-urinaire et que ce syndrome puisse être réalisé par des causes diverses ; la majorité des cas reconnaissent pour cause une infection gonococcique, mais certains paraissent être liés à d'autres infections génito-urinaires ou au psoriasis arthropathique. C'est la raison pour laquelle la dénomination de kératodermie blennorrhagique devrait être remplacée par celle de *dermatite rupioïde arthropathique.* S. FERNET.

The American Journal of the Medical Sciences (Philadelphie).

L'intoxication par le stovarsol, par BENDER. *The American Journ. of the Med. Sciences*, nº 669, décembre 1927, p. 819.

Dans les six cas, observés par B., il s'agissait de malades ayant absorbé, pendant quelques jours, du stovarsol à raison de 3 ou 4 comprimés à 0 gr. 25 par jour. L'intoxication s'est manifestée par un malaise général avec fièvre, courbature, adénopathie cervicale, simulant un état grippal, et suivi d'une éruption plus ou moins généralisée, érythémateuse, érythémato-papuleuse, parfois purpurique ou urticarienne avec prurit et sans desquamation consécutive ; peu ou pas de troubles gastro-intestinaux ; leucopénie avec éosinophilie ; évolution bénigne et disparition des accidents en 10 à 15 jours.

Le stovarsol peut donc réaliser un syndrome pseudo-infectieux particulier, différents des manifestations toxiques des Arsénobenzènes ou de l'Arsenic inorganique (Le produit employé était le Spirocid : Stovarsol de fabrication américaine). S. FERNET.

Folia clinica, chimica e microscopica (Sassari).

Vaccinothérapie spécifique dans l'ulcère vénérien et ses complications, par VITTORIO BARBAGLIA. *Etudes sassaraises*, série II, vol. V, fasc. III, 1927, p. 3 (Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de Sassari, dirigée par le Professeur Barbaglia).

Onze observations de chancres mous traités par la vaccinothérapie.

Adhésion enthousiaste au vaccin de Nicolle et Durand (Dmelcos). Pour les chancres, l'efficacité *salta subito all'occhio* (saute aux yeux). Pour les bubons, évolution *troncato di colpo* (coupée tout d'un coup). Pour les adénites ulcéreuses, action *dimostrata molto chiaramente*.

L'ennui, ce sont les réactions générales, qui comportent quelques restrictions : gens âgés, mauvais état général, insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque.

Enfin, même si le sujet est un gaillard solide, ce n'est peut-être pas la peine de le soumettre à une telle secousse s'il n'est atteint que de ces petits ulcères bénins qui ne demandent qu'à guérir par des moyens moins violents.

Mais le triomphe du vaccin, ce sont les cas compliqués, les ulcères difficiles à panser, comme ceux de l'anus ou sous-phimotiques.

L'auteur discute enfin le mécanisme de l'action de ces vaccins. Plusieurs de ses malades, en outre des chancres mous, présentaient des lésions banales : pyodermites, abcès. Ces lésions banales, elles aussi, s'améliorèrent sous l'influence du vaccin. Alors, peut-être ont-ils raison, ceux qui nient à ce vaccin toute action spécifique et pensent qu'il s'agit simplement d'une action protinothérapique aspécifique.

Mais les deux interprétations peuvent être vraies ; il peut y avoir en même temps une action spécifique et aspécifique.

En faveur de l'action spécifique il faut rappeler les expériences de Reenstierna : vaccinations préventives ; les intradermo réactions positives ; les expériences de Magiulli : cures vacciniques intradermiques qui se seraient montrées efficaces et qui permettraient ainsi d'éviter les réactions générales.

Enfin, si la protéinothérapie aspécifique est efficace contre les complications du chancre mou, elle reste sans action sur l'ulcère. Tandis que le vaccin de Nicolle a sur celui-ci une action évidente.

G. Belgodere.

Epithélioma de la lèvre post-traumatique, par Vittorio Barbaglia. *Etudes sassaraises,* série II, vol. V, fasc. III, 1927, p. 174, 1 fig. (Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de Sassari, dirigée par le Professeur Barbaglia).

Il est connu et bien établi que de petits traumatismes répétés exercent une action irritative qui peut aboutir à un état inflammatoire chronique et faire le lit du cancer. Mais la possibilité de processus cancéreux déterminés par un traumatisme unique rencontre plus de scepticisme. Tout au plus admet-on la possibilité d'un coup de fouet faisant évoluer vers la malignité un état précancéreux, ou bien une influence accélératrice sur un néoplasme préexistant, d'existence connue ou inconnue, ou bien encore la détermination de métastases.

Cependant, à l'encontre de l'opinion commune, il faut rappeler les cas de Hickel et Oberling (Strasbourg), de Bodin (Rennes), de Bang (Copenhague), de Martinotti (Italie).

L'auteur enfin apporte un cas personnel :

Jeune homme de 17 ans, qui se heurta à une table à la moitié droite de la lèvre supérieure d'où résulta une légère plaie contuse.

Au lieu de l'évolution habituelle vers la guérison, on vit cette plaie s'agrandir, se creuser, saigner au moindre contact, l'aspect et la consistance du fond et des bords se modifier, les ganglions sous maxillaires grossir et s'indurer. Traitements divers, locaux et généraux, notamment injections d'arsénobenzol, sans résultat.

Quand le professeur Brabaglia vit le malade, cette situation persistait depuis dix-huit mois. L'ulcération avait envahi toute la moitié droite de la lèvre supérieure. Les caractères cliniques étaient bien ceux d'un épithélioma ; la biopsie permit d'identifier sans réserve un épithélioma spino-cellulaire avec les globes cornés caractéristiques. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Pour l'auteur, le lien étroit entre le traumatisme et la tumeur ne fait aucun doute. Quant au mécanisme de cette action (parasite introduit par le trauma ? influence du traumatisme sur un état pathologique préexistant ?) il reste, dans l'état actuel de la science du cancer, trop d'inconnues pour résoudre ce problème. G. Belgodere.

Sur le passage dans le liquide céphalo-rachidien du mercure introduit dans un but thérapeutique, par Vittorio Barbaglia. *Folia clinica, chimica e microscopica*, vol. II, fasc. VII, 15 décembre 1927, p. 1. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de Sassari, dirigée par le professeur Barbaglia.

Précédemment, l'auteur avait déjà fait des recherches sur ce sujet par la méthode électrolytique, au moyen de la pile de Smithson.

Les résultats avaient été peu favorables. Il a recommencé une nouvelle série de recherches en modifiant sa technique. Neuf malades ont fait l'objet de cette étude. Huit d'entre eux étaient atteints de syphilis, soit latente, soit avec manifestations secondaires ou tertiaires ; le neuvième était atteint de maladie de Recklinghausen. Aucun ne présentait de signes cliniques d'altération méningée, et chez ceux d'entre eux pour lesquels la recherche a été possible, les signes de laboratoire étaient également négatifs à ce point de vue. Ces malades ont été soumis, soit à des frictions mercurielles soit à des injections solubles (sublimé) soit à des injections insolubles (calomel).

Chez tous sauf un l'auteur a constaté la présence du mercure dans le liquide céphalo-rachidien. L'intervalle entre l'administration du médicament et la ponction lombaire a été respectivement de 6-14-15-16-18 heures.

Le seul cas négatif a été observé chez un sujet à qui on avait fait une injection de calomel, mais cette dernière avait provoqué une réaction inflammatoire locale assez vive, qui a peut-être gêné l'absorption du mercure. G. Belgodere.

Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de Pavie.

Sur un cas peu commun de gomme luétique, par Giorgio Falchi. *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de Pavie.* Deuxième année (Nouvelle série) 1927. Fascicule VI, 3 figures (Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Pavie, dirigée par le professeur Mantegazza).

L'auteur rapporte le cas d'une volumineuse gomme syphilitique du thorax plus grosse qu'une orange, qui siégeait à la région lombo-dorsale, à la base du thorax. Un chirurgien très compétent, malgré le bon état général, avait diagnostiqué un abcès froid d'origine osseuse et proposé une intervention, sans faire de réaction de Wassermann. Celle-ci se montra positive.

L'auteur discute le diagnostic clinique par des arguments faciles à imaginer, qui firent pencher la balance en faveur de la syphilis. Un contrôle radiographique fut effectué par un procédé intéressant : on aspira au moyen d'une seringue une certaine quantité de liquide qu'on remplaça par de l'huile iodée ; on put ainsi étudier les connexions avec le squelette et l'on put voir que la tumeur était indépendante aussi bien des côtes que de la colonne vertébrale.

Le diagnostic fut confirmé par l'épreuve thérapeutique.

La femme du malade avait eu six grossesses : deux premières avec enfants morts ou macérés, quatre autres avec enfants vivants sans signes cliniques ou sérologiques de syphilis. Mais cette femme présentait sur le visage une superbe syphilide tuberculeuse circinée qui datait de plusieurs mois.

Cette observation prête à des remarques intéressantes :

1° Alternatives de virulence et de latence de l'infection, aboutissant soit à des enfants morts soit à des enfants sains.

2° Ignorance des deux malades sur leurs antécédents.

3° Parallélisme d'évolution chez les deux conjoints : réveil à la même époque par des accidents de même ordre, ce qui serait un bon argument pour les partisans de la dualité du virus.

4° Conformité de ce cas avec la règle de Fournier, d'après laquelle les syphilides tardives sont d'autant plus fréquentes que les accidents initiaux ont été plus légers.

5° Rareté de la localisation lombaire : une fois sur 173 d'après Fournier. Cependant d'après Lacapère, la fréquence serait plus grande chez les Arabes, car il a rencontré cette localisation 5 fois sur 280 cas.

6° Rareté de gommes aussi volumineuses. Chez les Arabes, d'après Lacapère, le cas serait moins exceptionnel.

7° Danger des diagnostics précipités : avant de s'arrêter à un diagnostic, il faut toujours le soumettre à tous les contrôles cliniques ou de laboratoire. On évitera ainsi parfois une intervention chirurgicale inutile, sinon nuisible. G. Belgodere.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

L'action spécifique ou non spécifique du sérum humain sur la tuberculino-réaction, par Walter. *Przeglad dermatol.*, t. XXII, 1927, n° 4, p. 423.

On sait que les intradermo-réactions à la tuberculine peuvent être renforcées lorsqu'on mélange à la tuberculine une parcelle de peau prélevée sur une papule tuberculinique réactionnelle et qu'on n'utilise ce mélange qu'après 24 heures (Fellner). La substance activante a été appelée *procutine* ; sa présence a été démontrée aussi dans la peau

normale des individus allergiques, dans le sang des tuberculeux et dans celui des individus sains (Jadassohn). Le chauffage à 56° ne détruit pas l'action des procutines ; on admet donc que le complément n'y intervient pas.

La possibilité de renforcer les tuberculino-réactions peut, en dermatologie, être mise à profit aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement de certaines dermatoses. W. a suivi la technique de Jadassohn ; son étude a porté tout d'abord sur des cas de tuberculose cutanée (sujets allergiques) et de tuberculides (sujets non allergiques). Les intradermo-réactions étaient pratiquées : 1° avec de la tuberculine mélangée avec du sérum d'individus très allergiques (lupiques) chauffé ou non chauffé, 2° avec de la tuberculine mélangée à du sérum de sujets sains, 3° de la tuberculine en solution aqueuse (contrôle).

L'addition à la tuberculine de sérum de sujets allergiques et même de sujets sains a, dans ces expériences, souvent renforcé la réaction, la rendant positive alors qu'elle était faible ou négative avec la solution aqueuse de contrôle. Le mélange de sérum et de tuberculine a aussi permis d'obtenir des réactions plus intenses avec des doses moins fortes de tuberculine. Cette intensification n'a cependant été observée que dans les cas de tuberculose de la peau qui, habituellement, s'accompagnent d'états d'allergie ; dans les cas de tuberculides W. n'a pas réussi à obtenir de réactions positives, malgré les procédés de renforcement. Il a, par contre, pu prouver l'existence dans le sérum des porteurs de tuberculides (lupus pernio, lupus érythémateux, sarcoïdes de Boeck) d'une substance (*anticutine*) qui empêche ou affaiblit les tuberculino-réactions. En effet, l'addition à la tuberculine du sérum d'un malade atteint de lupus érythémateux affaiblit l'intradermo-réaction que celle-ci donnait. L'anticutine n'agit qu'en présence du complément ; on supprime son action en chauffant le sérum à 56° et on peut ainsi mettre en évidence la procutine qui existe dans le sérum simultanément et dont l'action se trouvait paralysée.

Des états allergiques spécifiques existent aussi au cours des pyodermites, des trichophyties, etc. ; dans ces cas, W. a pu renforcer les réactions cutanées aux auto-vaccins, au vaccin de Delbet, à la trychophytine, en leur additionnant du sérum de sujets allergiques, ou une albumine étrangère telle que le lait par exemple. Il précise donc les données suivantes. Il se forme chez certains individus, sous l'influence de facteurs bactériens, parasitaires ou chimiques, un état d'allergie cutanée qui est mis en évidence par la réaction de la peau à l'infection de cette substance spécifique et aussi de substances non spécifiques. Le sérum des sujets doués d'une allergie similaire, celui des sujets sains, le sérum des animaux et même les albumines étrangères mélangées à l'allergine exercent une influence sur les réactions cutanées que donne celle-ci : cette influence, renforçante ou affaiblissante, est dépourvue de spécificité.

Dans le cas particulier des tuberculoses de la peau, on peut se demander si le renforcement des tuberculino-réactions par l'addition de sérum à la tuberculine ne tient pas à un autre mécanisme. Malgré toutes les précautions d'asepsie le mélange tuberculine + sérum peut

ne pas rester stérile ; or, les lupiques, en raison de leurs infections secondaires, peuvent présenter une allergie polyvalente ; dès lors ils réagissent aux toxines microbiennes banales en même temps qu'à la tuberculine, d'où réaction cumulative, interprétée à tort comme renforcée. Le fait que le mélange tuberculine + sérum n'acquiert son activité spéciale qu'après 24 heures rend cette hypothèse plausible.

Mme S. Fernet.

De la maladie de Duhring, par Krzystalowicz et Grzybowski. *Przeglad dermatol.*, t. XXII, n° 4, décembre 1927, p. 432.

Sous le nom de maladie de Duhring, K. étudie non seulement les dermatites strictement « herpétiformes » mais tout le groupe des dermatites polymorphes douloureuses.

Dans 15 cas, longuement étudiés, les cultures en pipettes sur bouillon et sérum ont montré la présence constante de streptocoques dans le contenu des bulles. Lorsque le liquide était légèrement trouble, on trouvait aussi des staphylocoques.

L'aspect des éruptions, l'évolution de la maladie, son allure générale cadrent bien avec l'hypothèse d'une nature infectieuse. Il s'agirait d'une streptococcie non pas d'origine externe, comme l'impétigo, mais d'origine interne, résultant de métastases ou de septicémies dont l'origine peut être un foyer infectieux quelconque : amygdalien, alvéolaire ou autre et qui, par son évolution, rappellerait les érysipèles récidivants. Des états individuels spéciaux, constitutionnels ou accidentels, conditionnent probablement l'évolution de ces infections, leurs poussées et leur généralisation ; cependant les recherches faites dans ce sens sur le rôle du système endocrino-végétatif, sur le métabolisme des chlorures, du sodium et du calcium n'ont pas apporté de constatations précises.

S. Fernet.

Essais d'intensification de l'action thérapeutique de l'arsénobenzol, par Walter. *Przeglad dermatol.*, t. XXII, n° 4, 1927, p. 479.

L'élimination des arsénobenzènes étant très rapide W. a pensé qu'on pouvait intensifier leur action thérapeutique en rendant leur élimination plus lente, autrement dit, en prolongeant la durée de leur séjour dans l'organisme.

Des dosages rigoureux d'As dans les urines ont permis de constater que les solutions aqueuses plus ou moins concentrées ainsi que les solutions dans le sérum du malade sont à peu près également favorables à l'élimination rapide du novarsénobenzol : 72 heures après l'injection on trouve dans les urines de 16 à 18 o/o de l'As injecté, après 90 heures, l'élimination est généralement terminée.

Le novarsénobenzol dissout dans une solution de glucose à 40 o/o ou d'urotropine à 50 o/o s'élimine plus lentement : 97 heures après l'injection on trouve encore constamment 16 à 20 o/o d'As dans les urines.

L'injection de 0 gr. 20 de caféine 10 minutes avant l'injection de novarsénobenzol ralentit le plus son élimination : on trouve de l'As dans les urines 120 heures après l'injection ; la caféine, en ralentis-

sant l'élimination de l'As et en prolongeant, par conséquent, son séjour dans l'organisme créait donc les conditions les plus favorables à son action thérapeutique. S. FERNET.

Parapsoriasis varioliforme aigu, par GOLDSCHLAG et BLATT. *Przeglad dermatol.*, t. XXII, 1927, n° 4, p. 488.

G. et B. citent 4 observations de parapsoriasis lichénoïde particulier caractérisé par : 1° des lésions typiques de parapsoriasis, 2° des lésions d'un caractère plus inflammatoire avec, au sommet, une petite vésicule, une pustule ou un point nécrotique, laissant après leur disparition des cicatrices varioliformes, 3° une évolution aiguë et une guérison spontanée après quelques semaines ou quelques mois sans tendance aux récidives.

Le diagnostic de « parapsoriasis lichénoïde varioliforme » ou encore de « pityriasis lichénoïde pustuleux nécrotique », fort discuté d'ailleurs, a cependant été adopté par divers auteurs qui, antérieurement avaient observé des cas identiques (Mucha, Habermann, Almkvist, etc.).

A l'occasion de ce travail, les auteurs signalent les résultats encourageants qu'ils ont observés dans le traitement des parapsoriasis par la radiothérapie vertébrale suivant la méthode de Gouin.

S. FERNET.

Au sujet de la sérologie de la syphilis, par REISS. *Przeglad dermat.*, t. XXII, 1927, n° 4, p. 500.

I. — Valeur de la méthode de Hecht modifiée par Bruck.

De l'étude de la réaction de Hecht, modifiée par Bruck, R. conclut que cette réaction est plus sensible que celle de Wassermann dans la syphilis non traitée ainsi que dans la syphilis latente. Elle est, par contre, moins spécifique mais, pratiquée comme réaction supplémentaire, elle augmente la valeur des autres réactions. Elle permet, en effet, de diagnostiquer la syphilis peu de temps après le début de l'infection et longtemps après, alors que les autres réactions ne donnent pas encore ou ne donnent plus de résultats positifs.

II. — De la valeur diagnostique des réactions sérologiques pratiquées sur les cadavres.

Pour pratiquer ces réactions, soit dans un but scientifique, soit par intérêt médico-légal, on prélève le sang par ponction du cœur. En dehors des difficultés résultant des altérations physiques et chimiques du sang, ces réactions sont faussées par l'hémolyse spontanée. Il est donc nécessaire de prendre le sang aussitôt que possible, au plus tard 12 à 16 heures après le décès. Même dans ces conditions les résultats concordent peu avec les données cliniques : alors que les constatations anatomiques ne permettent pas de suspecter la syphilis, on trouve un assez fort pourcentage de réactions positives, 8 à 22 o/o suivant la techique employée ; lorsque le corps examiné présente des lésions syphilitiques certaines, on ne trouve que 12 à 44 o/o de réactions positives et c'est la technique primitive de Wassermann qui se montre la plus sensible.

R. conclut donc, qu'en matière de diagnostic sérologique de la

syphilis sur les cadavres, seul un résultat positif obtenu par la technique vraie de Wassermann bien contrôlée, peut avoir une certaine valeur, mais même en présence d'un tel résultat, on ne doit affirmer le diagnostic de syphilis que s'il est confirmé par des constatations anatomiques.

III. — De la signification des techniques sérologiques variées pratiquées simultanément.

R. a comparé les réactions de Wassermaen, de Hecht, de Jacobsthal, de Meinicke. Au point de vue de leur valeur ses statistiques sont sensiblement analogues à celles qui ont été publiées par d'autres sérologistes. C'est la réaction primitive de Wassermann qui, tout en étant suffisamment sensible, est la plus spécifique et aussi la plus précise.

Immédiatement après vient se placer la réaction de Meinicke, qui est, de plus, remarquable par sa simplicité et sa rapidité.

S. Fernet.

Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose maligne à propos d'un cas accompagné de vastes lésions ulcéreuses, par Sniegowski. *Przeglad dermatol.*, t. XXII, n° 4, 1927, p. 519.

En raison de la rareté des suppurations dans la lymphogranulomatose maligne, S. cite un cas d'ulcère lymphogranulomateux, occupant une vaste surface thoracique, suppuré, fétide, dont la structure était la même que celle des ganglions atteints. S. Fernet.

Journal dla Oussoverchenst-vovania vratchey.

Le traitement antisyphilitique de l'énurèse nocturne essentielle, par Toporkoff et Krukowa (Irkoutsk). *Journal dla oussoverchenstvovania vratchey*, n° 10, octobre 1927, pp. 744-748.

Après avoir passé en revue diverses considérations concernant l'étiologie et la thérapeutique de l'incontinence d'urine, l'auteur rapporte les observations abrégées des 14 malades personnels, d'âge et de sexe différent. Ils ont tous guéri plus ou moins rapidement par des cures spécifiques variées, sans diète ni régime spéciaux, les malades, n'ayant suivi qu'un traitement ambulatoire. L'auteur démontre qu'à la base de l'énurèse essentielle on trouve l'hérédo-syphilis dans la plupart des cas et que le traitement antisyphilitique est, par conséquent, causal. L'énurèse est un des symptômes de la constitution névropathique et le traitement doit être adéquat à chaque malade et être persévérant, même après la cessation du phénomène, pour éviter les récidives possibles. Bermann.

Klinitcheskaïa Medizina.

Le syndrome du dermographisme rouge-blanc et de « la main figée » chez les névrosés, par V. E. Galenko (Kislovodsk). *Klinitcheskaïa Medizina*, n° 19 (70), octobre 1927, pp. 1018-1023.

L'auteur a examiné 38 hommes malades, dont 29 neurasthéniques, 3 hystéro-neurasthéniques, 3 névrosés traumatiques, 1 névrosé schi-

zoïde, 1 hémicrânien, 1 épileptique. Les conclusions de l'auteur sont : 1° parmi les névrosés on rencontre un type spécial, habituellement avec un mélange d'athlétoïdisme dans leur constitution, chez qui l'on observe un dermographisme rouge-blanc et une élévation du tonus musculaire sous la forme de « la main figée », rigide et la rétention des réflexes tendineux ; 2° le syndrome décrit peut, d'après la description de l'auteur, être le signe diagnostique de l'hyperamphotonie du système nerveux végétatif, dépendant, d'après toutes les données, des troubles des centres végétatifs et des glandes endocriniennes, de l'hyperfonctionnement des surrénales, le plus problablement ; 3° aux névrosés ayant le syndrome décrit nettement exprimé, la cure à Kislobodsk n'est pas indiquée à cause de l'influence vagotonique et sympathicotonique de cette station. BERMANN.

Contribution à l'influence du traitement antisyphilitique sur les affections tabétiques des nerfs optiques, par K. EFIMOFF (Irkoutsk). *Klinitcheskaïa Medizina,* n° 21 (72), novembre 1927, pp. 1163-1165.

Il n'y a pas très longtemps, on estimait que les altérations atrophiques des nerfs dans le tabès étaient une contre-indication au traitement spécifique. Actuellement, on a changé d'opinion sur l'atrophie tabétique des nerfs optiques et on la considère à présent comme le résultat d'une inflammation causée par les spirochètes dans le nerf lui-même ou ses membranes. Des auteurs ont trouvé des spirochètes dans les nerfs atteints de soi-disant atrophie tabétique. De là les bons résultats obtenus par certains auteurs par le traitement spécifique qu'ils recommandent soit par la voie habituelle, soit par la voie intra-rachidienne. Les médicaments employés sont le néo, le bismuth et même le mercure. L'auteur a traité 7 malades par des cures spécifiques. Dans 3 cas il y avait une amélioration fort nette, dans d'autres 3 cas, l'état n'a pas changé, et seulement dans 1 cas il y avait une aggravation. Il y a donc bien des contre-indications au traitement antisyphilitique dans les affections « atrophiques » des nerfs optiques, mais elles doivent être mieux étudiées et précisées. BERMANN.

Moskovski Medizinski Journal

De la thérapie paludéenne de la paralysie progressive, par G. CHWIDLER (Kherson). *Moskovski Medizinski Journal,* n° 10, octobre 1927, pp. 32-41.

Après un aperçu bibliographique et historique de la question, l'auteur communique les résultats de ses observations personnelles sur 10 malades. Les conclusions de l'auteur sont : 1° le traitement de la syphilis nerveuse d'après Wagner doit entrer dans l'usage courant des cliniques psychiatriques comme une forme reconnue de thérapeutique ; 2° dans les cas d'épuisement physique avancé, il est utile d'instituer, avant le traitement paludéen, une cure spécifique (bismuth), fortifiant et tonifiant l'état général ; 3° au cours du traitement préliminaire, l'on peut constater des exacerbations transitoires, du délire et de la réaction cutanée ; 4° la fièvre tertiaire inoculée ne se complique pas

habituellement et cesse facilement. La guérison spontanée est possible sans emploi de quinine. Le type de la fièvre passe facilement en celui de quotidienne. Le paludisme peut influencer la réaction de Bordet-Wassermann, transformer une positive en négative ; 5° la diminution des bruits cardiaques n'est pas une contre-indication à la cure paludéenne ; 6° le symptôme le plus visible dans le psychisme du malade lors de son amélioration, c'est le retour de la mémoire ; 7° l'anisocorie, les réactions pupillaires et les réflexes patellaires ne changent pas ; 8° les paralytiques guéris doivent rester en rapport avec la clinique pour l'observation de la stabilité des rémissions et pour le secours de ceux qui ne peuvent pas obtenir du travail sans la déclaration autorisée du psychiatre. Telle est la tâche du dispensaire.

BERMANN.

Profilaktitcheskaïa Medizina.

De l'influence de la profession de couturière sur la sphère génitale, par KLEIN (Voronège). *Profilaktitcheskaïa Medizina*, n° 12, décembre 1927, pp. 38-46.

L'auteur a étudié 37 femmes couturières et lingères travaillant sur les machines à coudre mues par les pieds. L'âge des ouvrières était dans 81 o/o de 20 à 40 ans. La plupart ont commencé le travail à l'âge de 11-12 ans et ont à présent jusqu'à 20 ans de stage. Les conclusions de l'auteur sont : le long travail sur des machines à coudre mues par les jambes exerce une mauvaise influence sur la santé des couturières et provoque chez elles des modifications dans le processus menstruel, une dysménorrhée et une ménorragie. C'est pourquoi il est nécessaire de soulever la question du congé de 2-3 jours par mois pendant les règles des travailleuses. Chez 35,1 o/o des couturières on observe des bassins régulièrement rétrécis, aplatis et obliquement rétrécis. Ces défauts s'expliquent probablement par l'influence funeste de la profession sur la sphère génitale qui a de bonne heure subi des modifications et a amené une déformation du bassin. Les rétroversions et rétroflexions de la matrice chez 4 couturières mariées et 8 célibataires peuvent également être expliquées par des lésions professionnelles, car le début précoce d'une vie sédentaire et fatigante empêchait le développement normal de l'appareil génital et de ses moyens de fixation. Il est donc important d'interdire la profession de couturière dans l'âge jeune. Le relâchement des parois vaginales dans 21,3 o/o et des inflammations des organes génitaux dans 56,7 o/o ne peuvent être expliquées seulement par des préjudices professionnels, car la plupart des couturières étaient des multipares, beaucoup ont eu des avortements, des traumatismes des voies génitales etc., ce qui a aussi exercé une influence. Or, la profession aggrave les inflammations, grâce au travail sédentaire et aux stases dans le bassin, ce qui provoque parfois des affections inflammatoires. La haute mortalité (57 o/o) des enfants des couturières s'explique par le travail pendant la grossesse, par les soins insuffisants donnés aux nourrisons et leur allaite-

ment irrationnel. La lutte contre ce mal doit se faire par la voie d'organisation de crèches près des usines et fabriques où prédominent les femmes travailleuses et dans l'amélioration du travail des femmes enceintes et des femmes nourrices. Les conclusions de l'auteur ne peuvent pas être généralisées à d'autres fabriques, car les lésions professionnelles sont diminuées par des machines à coudre mues par des moteurs, par le stage et l'âge des couturières, leurs salaires et leurs particularités constitutionnelles. BERMANN.

Essai d'étude de la diffusion des affections vénériennes au nœud des chemins de fer de Kharkow, par E. SIMANOVITCH (Kharkow). *Profilaktitcheskaïa Medizina*, n° 12, décembre 1927, pp. 78-84.

Pendant les années 1925-1926 il y avait 2-3 fois plus de vénériens qu'en 1912-1913. Le record des maladies vénériennes a été atteint en 1923. Les employés qui voyagent sont davantage atteints que ceux qui travaillent sur place. Ils se trouvent, en outre, dans de mauvaises conditions de traitement, car ils se déplacent toujours. Le rapport de fréquence pour la syphilis est de 7-8 fois, et pour la blennorragie, 8 fois plus dans les groupes voyageant que dans les groupes fixes. La blennorragie comporte beaucoup de complications à cause des secousses perpétuelles des employés. Les femmes et les enfants des malades s'adressent peu au Dispensaire. La plupart des malades ont l'âge de 25 à 30 ans. La source principale d'infection est la prostitution. Il y a un grand nombre d'hérédo-syphilitiques (21 o/o) par rapport au chiffre des syphilitiques. L'auteur conclut à la nécessité urgente de lutter contre la prostitution et l'hérédo-syphilis, à l'élargissement du travail du dispensaire, à la prophylaxie par l'instruction sanitaire et aux examens réguliers et détaillés des employés, surtout des machinistes. BERMANN.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

Contribution au traitement de la blennorragie féminine par des injections intraveineuses de collargol, par BOGOUSLAVSKAÏA (Kharkow). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n°s 9 et 10, novembre et décembre 1927, pp. 195-204 (appendice).

L'auteur a traité 20 femmes adultes et 6 enfants, des fillettes, par des injections intraveineuses de collargol à 1 o/o, fraîchement dilué. Les doses ont été de 2 à 13 centimètres cubes, en augmentant graduellement de 1-2 centimètres cubes tous les jours ou tous les 2-3 jours. Aux fillettes on injectait de 1/2 à 4 1/2 centimètres cubes. Chez tous les enfants et adultes on a trouvé des gonocoques et on faisait des lavages locaux. L'auteur conclut que cette méthode de traitement est active et ne présente pas d'inconvénients, surtout à doses faibles et avec des solutions fortes (les solutions concentrées et abondantes présentent un danger). Le collargol raccourcit la durée du traitement, surtout si l'on combine le traitement local et général. Tout d'abord disparaissent les phénomènes douloureux subjectifs, puis les phénomènes cliniques. Le gonocoque disparaît plus rapidement que par les mé-

thodes habituelles. Les femmes adultes bénéficient mieux du traitement collargolique que les fillettes dont la vulvo-vaginite n'a pas de résultats positifs par cette méthode. BERMANN.

La blennorragie des fillettes au point de vue des conditions d'existence, par KARYCHEWA et KORETZKAÏA (Kharkow). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nº 10, décembre 1927, pp. 255-261 (appendice).

Les auteurs ont étudié 45 malades de 1 à 13 ans, dont la plupart de 3 à 13 ans, habitant la ville (Kharkow), des Russes, enfants d'ouvriers et employés, dont la famille n'habite qu'une chambre, couchant toujours avec quelque autre personne dans le même lit. La source d'infection a été pour la plupart extra-génitale, de la mère ou de la domestique, ou au moment de l'accouchement. La plupart des enfants avaient la forme aiguë, très peu la forme chronique et subaiguë. 25 o/o d'enfants avaient des récidives au bout de 4-5 mois. L'auteur conclut que les mauvaises conditions d'habitation, l'exiguïté des locaux, les lits communs, de même que les linges, objets de toilette, contribuent à la propagation de la maladie. Le manque des connaissances d'hygiène et de prophylaxie augmentent ce mal. Il faut mener une large campagne d'instruction sanitaire, pratiquer des visites détaillées des domestiques, améliorer l'hygiène scolaire (cabinets, etc.), populariser les dispensaires antivénériens, rendre le traitement accessible à tous, en le remettant aux mains expertes et éclairées, pour lutter contre ce fléau infantile.

BERMANN.

Contribution à l'étude des érythrodermies exfoliatives généralisées. Erythrodermie leucémique, par ROSENTHAL (Minsk). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, nº 10, décembre 1927, pp. 1026-1042.

L'auteur a observé durant 3 ans une paysanne qui au début de l'observation avait 50 ans et qui était malade depuis 3 ans. L'affection a débuté par une rougeur cutanée des mains et des pieds, avec fort prurit. En trois années consécutives l'affection s'est généralisée, s'accompagnant de desquamation, d'altérations des ongles, d'alopécie, avec atrophie cutanée, avec ratatinement, et le tableau clinique ressemble au *pityriasis rubra* de Hebra. Les ganglions lymphatiques se tuméfient graduellement, de façon qu'après 3 ans de maladie, au début de l'observation, ils sont insignifiants. Par moments, on constate une tuméfaction de la rate, ce qui s'explique peut-être par des phénomènes de stase à la suite de myocardite. L'image du sang pendant 3 ans d'observations change relativement peu : quelques dizaines de mille de leucocytes avec lymphocytose. Histologiquement, œdème cutané et infiltration de la couche papillaire et sous-papillaire. Dans le ganglion lymphatique, on constate une hyperplasie, différant cependant du tableau propre à la leucémie lymphatique. Le traitement arsenical reste inopérant et la malade meurt au bout de 6 mois de l'affection, avec des phénomènes de cachexie progressive. Les conclusions que l'auteur tire de son observation et des données bibliographiques sont : le tableau du sang dans l'érythrodermie leucémique, quoique correspondant à celui de la leucémie lymphatique, en diffère par quelques détails. L'érythrodermie leucémique ne comporte pas une affection généralisée de tous les tis-

sus lymphatiques de l'organisme, comme cela se voit dans la leucémie ordinaire. Il y a des observations montrant que l'affection des ganglions lymphatiques dans l'érythrodermie lymphatique peut tantôt manquer complètement, tantôt débuter après l'affection de la peau. Dans le cas de l'auteur, les altérations histologiques trouvées à la 5e année de la maladie ne permettent pas de nommer le ganglion leucémique, dans le sens strict du mot. Ces particularités mettent à part l'érythrodermie leucémique et font penser à son étiologie autonome. De toutes les hypothèses sur l'étiologie de l'érythrodermie leucémique, celle de son lien avec la tuberculose est la plus intéressante et digne d'études ultérieures. BERMANN.

De la pseudoleucodermie chrysarobinique et du rapport de la chrysarobine avec certaines dépigmentations de caractère primaire et secondaire, par VORONOFF (Moscou). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 10, décembre 1927, pp. 1017-1025.

Dans le traitement du psoriasis par la chrysarobine, l'on obtient une image connue rappelant la leucodermie, que l'on a nommé pseudoleucodermie ou leucodermie secondaire. Cela s'explique par la propriété de la chrysarobine de provoquer une coloration particulière de la peau qui consiste en un érythème et en une chromodermie chrysarobiniques qui produisent simultanément une dermatite particulière. Ce phénomène est connu depuis longtemps. Dans le psoriasis, on expliquait ce phénomène par le fait que l'endroit de la squame psoriatique se libère plus rapidement de la couche cornée colorée que la peau saine qui ne desquame pas et qui reste plus ou moins longtemps colorée. L'auteur ne croit pas à cette explication, car une bordure exacte et étroite autour de la squame psoriatique reste non colorée et non enflammée. Cette bordure n'a pas de desquamation, ni macro, ni microscopiquement. Or, après la disparition de la desquamation, l'emploi ultérieur de la chrysarobine ne donne pas de dermatite sur les lieux où il y avait des plaques psoriatiques et certains auteurs expliquaient ceci par une immunité que le psoriasis a provoqué contre l'inflammation. Donc, l'origine de la tache blanche pseudoleucodermique n'est pas due seulement à la desquamation, mais aussi à un autre facteur. L'auteur a étudié les effets de la chrysarobine à 2-10 o/o. Sur 60 cas de psoriasis, 8 cas de dépigmentation post-psoriatique, 16 cas de leucodermie après *pityriasis versicolor*, dans 40 cas de leucodermie syphilitique, 11 cas de vitiligo. L'auteur conclut que les régions où ont siégé des plaques psoriatiques, possèdent plus ou moins longtemps après la disparition du psoriasis une capacité diminuée de s'enflammer, car les cellules cornées de ces régions subissent certaines altérations et n'absorbent plus de chrysarobine. La même propriété se trouve aussi dans les taches blanches dépigmentées de leucodermie post-psoriatique. Ceci prouve qu'il y avait ici auparavant des plaques psoriatiques. La même particularité est dans la leucodermie syphilitique, mais pas dans le vitiligo et l'albinisme partiel, dont la couche cornée absorbe la chrysarobine, au même degré que la couche cornée des parties pigmentées, c'est pourquoi, l'érythème et la

teinte bistrée, brune, du vitiligo et du nævus dépigmenté aux endroits dé- et hyperpigmentés, étaient égales. Apparemment, dans la leucodermie syphilitique, la couche cornée des taches blanches a des modifications analogues à celles de la leucodermie psoriatique. Dans le *pityriasis versicolor* au cours de son existence, la couche cornée peut pour plus ou moins longtemps, modifier ses propriétés, après la disparition du pityriasis. C'est ce qui se passe dans les cas où l'on observe une leucodermie non spécifique ou « solaire » (Mechtcherski), et aux endroits des taches blanches il y a non seulement moins de pigment, mais une capacité abaissée d'absorber la chrysarobine, de la couche cornée. Ce rapport de la couche cornée des taches leucodermiques n'est pas spécifique seulement envers la chrysarobine chez les personnes sensibles à la teinture d'iode, l'auteur a réussi en en badigeonnant la leucodermie syphilitique, à obtenir une rougeur du réseau hyperpigmenté, tandis que les taches claires de la leucodermie sont restées non enflammées. BERMANN.

Contribution à l'étude de l'ulcère vulvaire aigu, par OUMANSKY (Tachkent). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 10, décembre 1927, pp. 1043-1048.

L'auteur décrit 2 cas de cette affection chez une jeune fille vierge de 14 ans et chez une jeune femme de 25 ans n'ayant pas eu de coït depuis longtemps. Les conclusions de l'auteur sont : l'affection a un début brusque. Elle provoque des douleurs à la miction et à l'attouchement. Son origine chez les jeunes filles est extragénitale. La localisation est limitée aux organes génitaux. L'ulcère vulvaire aigu a des dimensions variant d'une pièce de 50 centimes à 2 francs suisses en argent (1-2 cm. 5 environ). Ses bords sont creusés et inégaux, la profondeur peu accentuée. La sécrétion de l'ulcère est purulente ou fibrineuse. Quant à la flore, on trouve le *Bacillus crassus* seul ou associé à d'autres microorganismes (bacilles pseudodiphtériques dans le 2e cas). Le diagnostic se base non pas d'après le tableau microscopique de l'agent, mais cliniquement. L'affection est bénigne et dure peu (Le poudrage au dermatol a guéri les malades de l'auteur en 6-8 jours).

BERMANN.

De la vaccinothérapie locale de la blennorragie, par BRAGUINE (Voronège). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. V, n° 10, décembre 1927, pp. 1049-1054.

L'auteur a traité 49 blennorragies aiguës, 29 chroniques, 19 épididymites, 2 arthrites, 1 cavernite par des injections du vaccin antigonococcique sous la peau du prépuce, aux doses de 25 à 100 millions tous les 2-4 jours. Une partie des malades a reçu des injections de lait de 1 à 3 centimètres cubes, conjointement avec le vaccin ou séparément. L'auteur a essayé de traiter 7 bubons unilatéraux accompagnant le chancre mou et le succès en a été tel que les bubons se sont résorbés après 3 injections. Les injections font monter la température à 38°-39° quelques heures après l'injection. L'état général reste bon. Les injections ne sont pas douloureuses et peuvent se faire en policlinique. L'auteur conclut

que les injections locales de vaccin ou de lait font naître une réaction focale et générale avec œdème salutaire. Les épididymites, arthrites, péri-urétrites, guérissent rapidement (6-8 injections). Très bon effet dans les cavernites et les bubons chancrelleux. BERMANN.

De la teneur en phosphore inorganique du sang des syphilitiques, par LEIBRYEDE et LITVINENKO (Kharkow). *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. V, n° 10, décembre 1927, pp. 205-215 (appendice).

Les auteurs ont examiné le sang de 73 syphilitiques adultes et enfants, acquis et héréditaires aux stades différents de l'affection. Les conclusions sont les suivantes : l'infection syphilitique influe sur la répartition des ions phosphorés dans l'organisme. Dans la syphilis primaire la teneur du phosphore inorganique dans le sang reste normale. Dans la syphilis secondaire récente, cette teneur augmente un peu. Cette augmentation est insignifiante, si l'on compte en chiffres absolus, mais en chiffres relatifs, elle atteint 20 o/o au-dessus de la normale. Dans la syphilis secondaire récidivante, la teneur est normale. Dans les cas à efflorescences abondantes, la quantité de phosphore augmente. Dans la syphilis tertiaire, la teneur est normale mais dans des cas graves, accompagnés de cachexie, surtout chez les vieillards, on observe une diminution de la teneur en phosphore. La syphilis infantile (acquise et héréditaire) ne diffère en rien de la syphilis des adultes, quant à la concentration de phosphore inorganique dans le sang. BERMANN.

Hypertrichose, symptôme de l'hérédo-syphilis, par KISTIAKOWSKY (Kieff). *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. V, n° 10, décembre 1927, pp. 1055-1056.

L'atrichose et l'hypotrichose sont des symptômes connus de l'hérédo-syphilis. Quant à l'hypertrichose ou pélurie, le professeur Tarnowsky la considérait en 1899 comme stigmate de l'hérédo-lues. Il décrit ce symptôme comme une croissance abondante des cheveux sur le front. Chez les garçons, il remarque une croissance précoce et abondante de la barbe et des moustaches, chez les fillettes, des petites moustaches, des poils précoces au pubis et des nævi pilaires. L'auteur décrit un étudiant de 20 ans, avec B.-W. ++, palais ogival, bosses frontales accentuées, dents d'Hutchinson avec cheveux abondants ne laissant que 2-3 centimètres de front au-dessus des sourcils. L'auteur pense à un trouble endocrinien d'origine hérédo-syphilitique.

BERMANN.

Vratchébnoïé Delo.

A propos de la terminologie de la syphilis « extragénitale », par A. V. ROSSOFF (Krasnodar). *Vratchébnoïé Délo,* n° 19, 15 octobre 1927, pp. 1399-1401.

La terminologie de la syphilis extragénitale est assez embrouillée. On parle de l'infection génitale et extra-génitale, du chancre génital et extra-génital et de la syphilis génitale et extra-génitale. Il n'y aurait pas de malentendu, si l'on ne parlait que de l'étiologie du chancre,

resp. de la syphilis. Or, en parlant du chancre génital et extra-génital l'on entend sa localisation aux organes génitaux ou en dehors d'eux. Or, l'on connaît beaucoup de cas où le chancre siégeant aux organes génitaux n'avait aucun rapport à l'acte sexuel (par exemple : chancres après circoncision des enfants ou d'adultes, chancres par contamination par le toucher de sages-femmes, etc.). D'autre part, il y a nombre de chancres localisés en dehors des parties génitales, mais dus à l'acte sexuel. Il y a donc des chancres génitaux d'origine extra-génitale et des chancres extra-génitaux d'origine extra-génitale. Ces malentendus mènent à une fausse statistique d'infection extra-génitale. L'auteur propose de laisser aux mots génital et extra-génital l'idée de la localisation, mais non pas de la source d'infection, par conséquent pendant ou en dehors de l'acte du coït, pour lesquels il réserve les termes de sexuel ou d'extra-sexuel. Pour des chancres apparaissant après des coïts anormaux ou après des excitations sexuelles (sans l'acte sexuel) l'auteur propose le terme d' « érotique ». Sans vouloir par son article trancher la question à fond, l'auteur désire seulement intéresser les médecins et les faire adopter une terminologie claire, juste et adéquate. BERMANN.

Encore un cas d'allergie envers la quinine, par J. D. GRINBERG (Kieff). *Vratchébnoïé Délo,* n° 20, 31 octobre 1927, p. 1499.

La malade est la belle-sœur de l'auteur, âgée de 27 ans, pharmacienne travaillant depuis 1916. En 1917, elle remarque un œdème de la face avec sensation de brûlure de tension douloureuse. Le type urticarien a passé en vésiculeux et eczémateux, sec au début et humide ensuite. Cela a duré 7-8 jours. Les médecins ont supposé que c'est un des médicaments qui lui est nuisible et lui ont interdit l'exercice de sa profession de pharmacienne. En 1920, un médecin de ses amis l'a prié de préparer à la campagne, des globules contenant la quinine. Même œdème et eczéma durant 7-8 jours. En 1925, après un avortement, la malade prend un cachet de quinine qui a reproduit le même tableau. En 1926, pour provoquer des menstruations en retard, elle prend 3 cachets à 0 gr. 50 qui, 3 heures après, provoquent un urticaire, avec œdème, brûlure, etc. Le tout dure 7-8 jours. En 1927, la malade se couvre d'une couverture sur laquelle on a répandu par hasard un cachet de quinine, mais que l'on a nettoyé, en secouant fortement. Les phénomènes se sont reproduits le lendemain et ont duré 7-8 jours. Personne dans la famille n'a d'idiosyncrasie envers la quinine. Si la malade prend pendant la poussée eczémateuse un médicament quelconque, son état empire, et elle n'en prend point à cause de cette intolérance. BERMANN.

La clinique des dermatoses professionnelles de la colle, par WASSERMAN, VOLTAIRE et KHODOROFF (Odessa). *Vratchebnoïé Délo,* n° 21, 15 novembre 1927, pp. 1564-1566.

Se basant sur l'observation de 32 ouvrières (dont 2 hommes) occupées à coller des bandes de papier portant des étiquettes, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : les dermatoses professionnelles

dues à la colle présentent une entité morbide spéciale caractérisée par l'acrocyanose des poignets et la formation de menues rhagades. Ces phénomènes sont aggravés si le travail se fait à froid et si l'on emploie l'empois dextrine séchant rapidement. Les mélanges inorganiques augmentent fortement l'action irritante de l'empois d'amidon et amènent la formation d'une dermatite par action mécanique. Les examens faits dans les productions de tabac, de cartonnage, de la fabrication de la colle et du pesage du thé, ont montré que l'affection professionnelle est bien nette dans la section des étiquettes de la fabrique où l'on pèse le thé. Au point de vue prophylactique, il est nécessaire de surveiller la qualité de l'empois (surtout d'amidon et de dextrine). Le moyen radical de faire cesser ces dermatoses, c'est la machinisation du collage des étiquettes. Le traitement des dermatoses est le badigeonnage des mains avec de l'eau glycérinée.

BERMANN.

Contribution à l'influence du néosalvarsan sur l'échange hydrocarboné, par LEISERMANN (Kharkow). *Vratchébnoïé Délo*, 15 novembre 1927, pp. 1557-1558.

Se basant sur des expériences personnelles faites sur des hommes et des chiens, l'auteur conclut que le néosalvarsan n'exerce aucune influence spécifique, dépassant beaucoup les limites normales, sur la concentration du sucre dans le sang des hommes et des chiens, de même que dans le liquide s'écoulant du foie isolé des chiens.

BERMANN.

La vie sexuelle et les maladies vénériennes parmi les employés des transports et leurs familles, par L. BOURKO (Armavir). *Vratchébnoïé Délo*, nos 21 et 22, 15 et 30 novembre 1927, 8 pages.

Se basant sur 173 enquêtes des employés des chemins de fer et de leurs familles, l'auteur conclut : l'instruction sanitaire et générale est faiblement développée parmi les femmes de transport. Les femmes des ouvriers de transports sont infectées par leurs maris de toutes les maladies vénériennes. Parmi les employés de transport mariés, il y a énormément de coïts extra-conjugaux. Le nombre des infections par les « connaissances » est non seulement égal à celui par les prostituées, mais le dépasse même quelquefois. La prostitution occupe une grande place dans la vie sexuelle des employés de transport. L'augmentation de la population par les mariages des syphilitiques est assez grande.

BERMANN

Contribution à la blennorragie expérimentale des lapins, par NIÉDOUMOFF et YOUDÉNITCH (Smolensk). *Vratchébnoïé Délo*, n° 22, 30 novembre 1927, pp. 1636-1638.

Les auteurs ont expérimenté sur 9 lapins et ont fait en tout 13-14 expériences. La technique employée consistait en badigeonnage de la conjonctive oculaire et de la muqueuse urétrale, pour les sensibiliser, 2-3 heures avant l'inoculation d'une solution de bile fraîche et stérile et propre à 25,50 et 100 o/o dans de l'eau physiologique. Après

le nettoyage des muqueuses à l'eau physiologique on inoculait par des cultures pures de gonocoques. Tous les jours on faisait des examens microscopiques et des ensemencements de sécrétions, les observations ont été détaillées. Les auteurs concluent : la sensibilisation de la conjonctive oculaire des lapins par de la bile peut provoquer par elle-même une forte, quoique passagère inflammation et parfois une kératite érosive. Ces phénomènes peuvent simuler une blennorragie oculaire typique, surtout si la sécrétion de l'œil a encore gardé temporairement des gonocoques apportés par l'inoculation. Après l'inoculation, les gonocoques disparaissent rapidement (2-3 jours) de la conjonctive et de l'urètre des lapins, passant par des formes involutives se colorant par le Gram. Il est possible que des souches individuelles de gonocoques peuvent, à titre d'exception, provoquer une affection passagère des yeux et de l'urètre du lapin, mais en général le gonocoque ne s'inocule pas aux lapins, même après une sensibilisation par de la bile et le vaccin antidysentérique. BERMANN.

Vratchebnaïa Gazeta.

D'un mode commode d'introduction simultanée du mercure et de l'iode par la voie buccale pour le traitement de la syphilis (surtout à la campagne, par A. V. ROSSOW. *Vratchebnaïa Gazeta*, n° 20, 31 octobre 1927, pp. 1527-1529.

L'auteur recommande de prendre, dans du lait, 3 fois par jour 10 gouttes de la solution suivante :

R. P.	Iode métallique pur. .	0 gr. 60 āā
	Biiodure de mercure .	
	Iodure de potassium .	1 gr. 20
	Eau distillée	30 gr.

Le traitement doit être continué pendant 6 semaines, il faut donc répéter 1 fois la formule citée. Le médicament est bon marché, n'est pas irritant et ne provoque pas d'iodisme, ni d'hydrargyrisme. L'auteur s'en sert depuis 5-6 ans avec résultats satisfaisants. C'est un traitement à employer à la campagne où l'on ne peut pratiquer ni des piqûres de mercure, ni d'injections de néosalvarsan. Les malades, paysans occupés sur place, ne peuvent faire de longs voyages sur des routes souvent mauvaises, car ils perdraient beaucoup de temps et c'est pour cela qu'ils ne se traitent pas du tout. La formule indiquée est alors avantageusement appliquée et entretient le bon état du spécifique.

BERMANN.

Le traitement de la paralysie générale du typhus récurrent, par Mmes GOLANTE et FACTOROVITCH. *Vratchébnaïa Gazeta*, n° 20, 31 octobre 1927, pp. 1484-1490.

L'honneur de la découverte du traitement des affections mentales par les inoculations du typhus récurrent appartient au médecin d'Odessa, le docteur Rosenblum qui a introduit cette méthode en 1876. Les auteurs ont traité 11 hommes a l'âge de 34 à 39 ans (8 cas), de 55 ans (1 cas), et de 56 ans (1 cas). Sur 11 sujets l'inoculation n'a pas réussi sur

1 homme (a-t-il déjà eu le typhus récurrent ou l'inoculation antérieure du paludisme l'y a rendu réfractaire, c'est difficile d'établir). La réaction de Bordet-Wassermann ne change pas, même dans les cas de guérison. Les auteurs concluent que les résultats de traitement de la paralysie générale par le typhus récurrent ne sont pas inférieurs à ceux obtenus par l'inoculation du paludisme. Le typhus est bien supporté, même par des vieillards et il a moins de contre-indications que le paludisme. Contre la thérapeutique par le typhus récurrent parle : l'impossibilité de doser le nombre des accès et de les arrêter au gré du médecin. En outre, les accès peuvent avoir des intervalles très espacés. Mais cette méthode est quand même une arme puissante contre la paralysie générale car 6 malades sur 10 ont une rémission durant près de 2 ans. BERMANN.

Du traitement de la paralysie générale, par le professeur OSSIPOW. *Vratchébnaïa Gazéta*, nº 20, 31 octobre 1927, pp. 1479-1484.

L'auteur commence la cure de la paralysie générale par un traitement spécifique mixte consistant en 40 frictions de 4 grammes d'onguent mercuriel simple ou de 2-3 grammes d'onguent mercuriel double, plus 100 grammes d'iodure de sodium, répartis en 3 fois par jour à la dose de 1 gramme et de 3 grammes de néosalvarsan aux doses de 0 gr. 30-0 gr. 60 tous les 5-6 jours. Le mode de traitement est ainsi fait : on commence les frictions mercurielles, après 8 frictions on institue le néosalvarsan et après 20 frictions on administre l'iode. Le tout dure 2-3 mois, ensuite on fait l'inoculation du paludisme sous la forme d'injection sous-cutanée ou intraveineuse du sang d'un paludéen. Il faut en tout 12-13 accès de forme tertiaire après quoi on donne de la quinine pour couper la fièvre. Les malades doivent se trouver sous la surveillance médicale jusqu'à la guérison ou une rémission stable et durable. BERMANN.

Du traitement de la paralysie générale par des inoculations du paludisme, par GUERMANE. *Vratchébnaïa Gazéta*, nº 20, 31 octobre 1927, pp. 1490-1496.

Le matériel est constitué par 23 paralytiques généraux, presque tous des hommes. Le sang du paludéen est injecté sous la peau aux doses de 5 à 10 centimètres cubes. L'incubation est de 6 à 17 jours. Le type tertiaire de malaria est le plus employé. La fièvre atteint en somme de 40° à 47°7 et l'accès est très facilement coupé par la quinine. Les paralytiques cardiaques n'ont pas été inoculés pour éviter des complications cardiaques dangereuses. Sur 23 malades on a obtenu une guérison dans 8 cas, dans 6 cas on a eu une rémission incomplète ; chez le reste des malades on a remarqué une amélioration ou la disparition de certains symptômes. Pas de cas de mort durant les 2 ans de traitement. L'auteur conclut à la supériorité des inoculations paludéennes dans la paralysie générale sur tous les autres modes de traitement.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

DERMATOSE PIGMENTAIRE PROGRESSIVE DE SCHAMBERG

Par W. DUBREUILH

En 1901 Schamberg de Philadelphie publia une observation d'une affection qui lui parut nouvelle. Il s'agissait d'un robuste garçon de 15 ans, qui depuis 4 ans avait remarqué quelques macules rougeâtres au devant des deux jambes. Cette éruption formée d'une série de points rouge-brun, s'est lentement étendue sur toute la jambe, se fusionnant dans les parties les plus anciennes en une nappe brune dont Schamberg a suivi le développement d'année en année.

Quatre ans après le début, la partie antérieure de chaque jambe était occupée par une grande plaque couleur de terre de Sienne brûlée, bordée par une série de points rouges gros comme une pointe ou une tête d'épingle, ressemblant à des grains de poivre de Cayenne ou un peu plus foncés. Les parties les premières atteintes à la partie moyenne de la jambe ont repris un aspect presque normal sauf une teinte brun jaunâtre ; en haut et en bas le semis pigmentaire s'étend sur le genou et le dos du pied. Des lésions analogues, mais moins développées, se trouvent aussi sur la face palmaire des deux poignets. Il n'y a aucune autre altération que le changement de couleur ; à peine une faible desquamation et un état un peu luisant. Pas le moindre prurit ou autre sensation anormale.

Schamberg excisa un point rouge gros comme une tête d'épingle sur la bordure de la plaque d'une jambe. Il trouva l'épiderme tout à fait normal sauf une pénétration de cellules migratrices polynucléaires.

Dans la couche papillaire et sous-papillaire du derme était une forte infiltration cellulaire bien limitée et centrée par le conduit excréteur d'une glande sudoripare. L'infiltrat est formé de cellules lymphoïdes et polynucléaires avec des cellules épithé-

lioïdes et des cellules conjonctives étoilées ou fusiformes. Quelques mastzellen autour des vaisseaux qui sont dilatés. Il n'a pas pu trouver de pigment.

Depuis le premier article de Schamberg, il a été publié 16 ou 17 observations, presque toutes en Angleterre ou en Amérique présentant toutes la plus grande ressemblance aux points de vue clinique et anatomique et, sauf un cas de Dore, toutes chez des hommes. Templeton en 1927 trouve 14 observations publiées et en ajoute deux.

Depuis longtemps j'avais remarqué des faits de ce genre mais sans m'y arrêter. J'avais même pris quelques observations qui, comme bien d'autres, étaient restées dans mes cartons. L'article tout récent de Templeton montrant la rareté des cas publiés m'a décidé à rechercher et à grouper ces observations.

Obs. I. — Mme H..., âgée de 50 ans environ se présente le 8 juin 1904 pour des taches rougeâtres des jambes qui datent de trois mois.

C'est une femme obèse atteinte depuis longtemps de rhumatisme chronique des petites jointures, elle a notamment aux doigts des nodosités d'Heberden très développées. Depuis sa jeunesse elle a souvent du sable dans ses urines et de l'irritation vésicale mais jamais de coliques néphrétiques. Ses urines sont acides axec des cristaux d'oxalate de chaux.

En novembre dernier elle a eu une fracture du péroné droit qui l'a obligée à rester 40 jours au lit.

En mars dernier elle a aperçu quelques taches rougeâtres dans la région malléolaire droite puis au pied gauche ; ces altérations étant tout à fait indolentes elle a à peine remarqué le début, mais depuis quelques semaines elle observe et s'inquiète.

Les jambes sont grosses et empâtées de graisse mais sans œdème ni varices. Dans la région tibio-tarsienne des deux côtés mais surtout à droite se trouvent plusieurs macules de 2 à 4 centimètres de large, à contour dégradé, de couleur rouge brunâtre, sans autre altération de la peau ou de l'épiderme. Les plaques les plus récentes ont une teinte brune uniforme piquetée de très petits points rouges qui ne s'effacent pas à la pression, ne font aucun relief et ne correspondent pas aux follicules pileux.

Les taches les plus anciennes n'ont que peu ou point de piquetures rouges, elles ont une teinte uniforme brun clair ou bistre assez semblable à celle que laisse aux jambes une dermite quelconque.

Ces macules, avec ou sans pointillé rouge ecchymotique, sont groupées autour des articulations tibio-tarsiennes au nombre d'une demi-douzaine de chaque côté, on en trouve encore quelques-unes sur la jambe droite et les pieds.

Il n'y a aucune sensation subjective.

Obs. II. — C..., 70 ans, en traitement pour une trichophytie interdigitale des pieds.

Il présente aux deux jambes une pigmentation brune qui date au moins d'une dizaine d'années mais qui a graduellement augmenté depuis le début.

La peau des jambes est fine, mince, modérément velue, légèrement œdématiée avec un peu d'ichthyose sénile.

L'éruption qui nous intéresse occupe toute la moitié inférieure des deux jambes surtout à gauche, débordant sur la partie supérieure et sur les pieds. Elle forme à la partie inférieure de la jambe, une grande nappe de teinte rouillée qui s'égrène au voisinage en petits points de même couleur. Dans la partie confluente la teinte n'est pas uniforme, mais toute piquetée de points miliaires plus foncés.

Toute cette éruption est constituée par des éléments de même nature et de même grandeur. Ce sont des points bruns de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil, à contours un peu flous, surtout à la loupe, plus colorés au centre, sans relief ni induration, sans rapports constants avec les poils.

Toute l'éruption est constituée par un même semis, plus ou moins dense, plus ou moins foncé, confluent au centre et disséminé à la périphérie. La peau ne présente aucune autre altération que la couleur, son grain est normal, il n'y a aucun relief ni aucune infiltration.

Il n'y a ni douleur ni démangeaison et le malade s'est à peine aperçu de l'éruption ; rien aux membres supérieurs. Aucune autre lésion viscérale que de l'emphysème pulmonaire.

Obs. III. — Rose S..., âgée de 72 ans (mai 1919) a sur les deux jambes des plaques granitées rougeâtres qu'elle n'a remarquées que depuis quelques jours.

Toute la face externe de la jambe droite et même du genou présente un abondant semis de points rouge jaunâtre qui confluent par places en plaques d'une teinte plus accusée. Ces points forment un sablé très dense étant séparés par des intervalles de 1 à 3 millimètres. Leur grandeur est égale ou inférieure à 1 millimètre, leur forme est irrégulière, ils ne font aucun relief et ne sont pas perceptibles au toucher. Ils ne correspondent pas aux follicules pileux qui sont beaucoup moins nombreux et qu'on peut souvent voir entre les points rouges. On voit à la loupe qu'ils sont formés d'une tache ocre jaune avec quelques points vasculaires, la pression modifie très peu leur teinte.

Ces points confluent en formant des plaques d'une couleur ocre un peu plus rouge, sans épaississement, sans désquamation et sans modification du grain de la peau.

Ce semis se prolonge sur la face interne de la jambe mais en devenant plus discret.

Du côté gauche on trouve une éruption analogue mais moins intense et occupant la partie antérieure de la jambe et du genou.

La face et les mains sont hâlées et ridées mais sans lésions analogues à celles des jambes.

Obs. IV. — Jean L..., ajusteur (février 1922) est un jeune homme de 20 ans bien portant et vigoureux, travaillant généralement debout. Depuis 4 ans à gauche et depuis 2 ans à droite sont apparus à la partie antéro-interne des deux jambes deux placards symétriques de la grandeur de la paume, de couleur rouge foncé brunâtre à limites diffuses un peu indurés et légèrement squameux, un peu prurigineux la nuit.

Depuis trois semaines est apparue autour de ces deux placards et se confondant avec eux, une éruption de petites taches rouges qui s'égrènent en haut jusqu'aux genoux, en bas sur le dos des pieds en arrière sur la face postérieure des jambes.

Ces petites taches du volume d'une tête d'épingle ne font aucun relief et ne correspondent pas régulièrement aux orifices pilaires. L'examen à la loupe montre une petite tache mal limitée couleur ocre jaune souvent centrée par un point rouge vif purpurique. Certains éléments sont un peu brillants ou finement squameux.

Cette éruption granitée ne s'accompagne d'aucun prurit ni d'aucun phénomène subjectif et ne s'efface pas à la pression.

Les plaques anciennes rouge foncé et infiltrées paraissent formées par la confluence des petits points rouge jaunâtre de la périphérie.

L'éruption est constituée par des groupes mal limités de points rouge-brun, ocre rouge, rouille, terre de Sienne brûlée, poivre de Cayenne, du volume d'une tête d'épingle et au-dessous, sans aucun relief, pâlissant à peine à la pression.

Ces points se multiplient, confluent et régressent formant des nappes homogènes ou granitées brunâtres et lisses avec parfois une faible desquamation, sans atrophie appréciable et pouvant revenir à un état à peu près normal.

Le siège habituel et prédominant est la partie antérieure des jambes et les régions malléolaires pouvant envahir le dos du pied, toute la jambe et la cuisse, moins souvent les membres supérieurs. L'envahissement se fait soit par l'extension périphérique des foyers existants, soit par formation de nouveaux foyers.

L'indolence est toujours absolue et l'évolution indéfinie. Certains malades ont été suivis des années et la maladie a toujours lentement progressé, parfois avec des arrêts de plusieurs années. Aucune observation ne signale de guérison complète, mais la maladie est si peu gênante que les malades, guéris ou non, finissent par être perdus de vue.

Les âges sont très divers et s'échelonnent de l'adolescence à la vieillesse et tous les malades sont du sexe masculin sauf un cas de Dore et deux des cas ci-dessus.

L'étiologie est totalement inconnue et les varices n'y sont pour rien.

Des examens microscopiques ont été faits par Schamberg, Kingery, Adamson et Templeton. Tous ont trouvé à peu près les mêmes lésions. L'épiderme est normal dans toutes ses couches sauf quelques cellules migratrices, et une diminution des bourgeons interpapillaires. Dans le derme est une infiltration cellulaire dense et limitée qu'Adamson compare à celle du lichen plan. Cette infiltration est formée de cellules fixes rameuses ou fusiformes, de lymphocytes, de polynucléaires, de cellules plasmatiques et épithélioïdes, de mastzellen; elle est plus marquée et se prolonge plus profondément autour des glandes sudoripares. Les vaisseaux sanguins sont fortement dilatés.

On ne trouve de pigment que dans les lésions anciennes mais non dans les lésions récentes. C'est un pigment jaune verdâtre en petits grains dont Kingery a montré la nature ferrique, et qui peut être intra ou extra-cellulaire.

La seule observation française que j'ai pu trouver est celle qui a été présentée sous ce nom par Zimmerlin et Lanzenberg à la Réunion dermatologique de Strasbourg en mars 1926, mais elle est différente du type décrit par Schamberg au double point de vue clinique et histologique. Le malade était un garçon de 10 ans et l'éruption qui avait débuté à la naissance était formée de points rouges, persistant à la pression, quelquefois papuleux, disséminés partout, rarement confluents. L'examen microscopique très sommaire indique de l'hyperkératose et de l'hyperacanthose, choses qui manquent totalement dans tous les autres examens des auteurs.

Ce cas a donné lieu à un travail de Pautrier et Diss sur le transport du pigment ferrique à petits grains du derme vers l'épiderme par les cellules de Langerhans, en sens inverse du pigment mélanique, qui est convoyé de l'épiderme vers le derme.

C'est un mémoire fort intéressant au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques mais ce n'est pas un cas de maladie pigmentaire progressive de Schamberg.

Toutes les dermatoses chroniques des membres inférieurs donnent lieu à de la pigmentation, mais celle-ci se présente sous forme de nappes homogènes, brunes ou violacées précédées par de la congestion et suivies de sclérose ou d'atrophie. La maladie de Schamberg est caractérisée objectivement par le pointillé rouge, par l'état granité.

Les deux affections qui présentent le plus d'analogie avec la dermatose que nous avons en vue sont l'angiome serpigineux de Hutchinson et le *purpura annularis telangiectodes* de Majocchi.

L'*angioma serpiginosum* de Hutchinson apparaît dans la jeunesse surtout chez des femmes, il débute généralement par les membres mais peut envahir la totalité du corps sauf la face, progressant lentement, d'année en année et durant indéfiniment sans troubles généraux et sans aucun phénomène subjectif. L'éruption est constituée par de minimes points vasculaires rouge-vif qui se multiplient et se groupent en formant des cercles extensifs de 2 à 3 centimètres de diamètre. Ces cercles s'entrecoupent et s'enchevêtrent en formant de vastes plaques réticulées. Le bord du cercle fait parfois un léger relief et l'aire centrale de régression présente un certain degré d'atrophie ponctuée et achromique. Les points vasculaires pâlissent mais s'effacent difficilement et incomplètement à la pression.

L'angiome serpigineux est plus diffus et plus nettement angiomateux que la dermatose de Schamberg, en revanche il n'est nullement pigmentaire (1).

Le *purpura annularis telangiectodes* a été décrit en 1896 par Majocchi et depuis lors la plupart des observations, au nombre d'une quarantaine ont été publiées en Italie.

L'éruption siège presque toujours aux jambes et au cou-de-pied atteignant rarement les cuisses et les membres supérieurs. Elle débute par des taches lenticulaires rouges formées d'un lacis vasculaire qui se transforme en un pointillé hémorragique. La petite tache s'étend graduellement en régressant au centre qui se pigmente et en formant des cercles atteignant la largeur d'une pièce de 50 centimes à 2 francs. Ces cercles se rejoignent et s'entrecoupent puis s'effacent au bout de quelques mois, mais des poussées successives peuvent faire durer la maladie un an et plus. Il n'y a pas de phénomènes subjectifs mais le début de chaque poussée s'accompagne souvent de quelques troubles généraux.

La maladie de Majocchi diffère donc de celle de Schamberg par son caractère nettement télangiectasique et sa durée limitée.

(1) Jon. Hutchinson Infection angioma or nævus lupus. *Archives of Surgery*, *passim* et *Smaller Atlas of clinical surgery*, Pl. IX ; Wise et Pollitzer. *Angioma serpiginosum. Journal of cutaneous diseases*, 1913, p. 725-916.

BIBLIOGRAPHIE

J. Schamberg. — A peculiar progressive pigmentary disease of the sink. *British Journ. of Dermat.*, 1901, p. 1.

Freemann. – *British Journ. of Dermat.*, 1902, p. 465.

Col. Fox. — *Ibid.*, 1905, p. 416.

G. Little. — *Ibid.*, 1914, p. 357.

Whitfield. — *Ibid*, 1914, p. 265 et 334.

Adamson. — *Ibid.*, 1916, p. 334.

Kingery. — Schamberg's prog. pigm. dermatosis. *Journal of cutaneous diseases*, 1918, p 166.

Adamson — *British Journ. of Dermat.*, 1919, p. 179.

Dore. — *Ibid*, 1921, p. 302.

Tashiro. — On the to-called Schamberg's disease. *Acta dermatologica du Japon*, t. VI, p. 113.

Mac Cafferty. — *Archives of Dermatology*, 1926, II, p. 53.

Templeton. — *Ibid.*, 1927, II, 141.

Zimmerlin-Lanzenberg. — Dermatite pigm. de Schamberg. *Réunion dermatol de Strasbourg*, 14 mars 1926, p. 318.

Pautrier et Diss. — Echanges dermo-épidermiques et hémosidérose. *Annales de Dermatologie*, 1927, 393.

LA CYANOSE SUS-MALLÉOLAIRE HYPOSTATIQUE

ESSAI DE DISCRIMINATION ENTRE LES DIVERSES CYANOSES LOCALES

Par G. DELATER et R. HUGEL

1° Description.

A l'âge des premières coquetteries, une jeune fille se désespère de voir l'extrémité inférieure d'une de ses jambes, puis des deux, se colorer d'une teinte violacée. Bientôt elle croit remarquer que le galbe s'en empâte au-dessus des chevilles, principalement en été.

Elle s'inquiète d'y éprouver le soir, surtout après un long travail debout, une pesanteur et des impatiences qu'une marche de courte durée, mais bien cadencée, soulage le plus souvent. Elle accuse la chaleur extérieure d'augmenter maintenant cette gène et les jours d'orage de causer de plus vives douleurs, elle se plaint d'avoir par tous les temps les pieds froids et de ne les sentir se réchauffer qu'à la longue en position horizontale.

D'ailleurs la malade précise que ses malaises disparaissent quand elle est couchée : la sensation de fatigue s'évanouit très vite et, pour se procurer le même bien-être dans la journée, la malade a pris l'habitude de s'asseoir les talons plus haut que les cuisses, appuyés sur une table par exemple ; le gonflement et la coloration s'effacent lentement : ils n'existent plus — et les jambes paraissent normales — après une nuit de repos, qu'ont troublée d'ailleurs bien souvent des crampes fréquentes et douloureuses.

Au bout de plusieurs mois d'une évolution très lente, que les saisons n'ont guère influencée, la malade s'est décidée à demander un conseil médical.

C'est en position verticale qu'on examinera celle-ci tout d'abord : elle se tiendra debout sur une table, pour que ses jambes soient à la hauteur des yeux de l'observateur et pour que, dans cette attitude, les symptômes prennent toute leur valeur.

Entre le pied et le mollet, souvent plus sur une jambe que sur l'autre, la peau apparaît teintée d'un rose vineux : une large tache entoure le plus souvent en bracelet l'extrémité inférieure du segment de membre. Vers son bord inférieur, cette tache s'arrête presque toujours assez brusquement à un ou deux travers de doigt au-dessus des malléoles, formant là parfois comme un bourrelet que l'on pourrait croire provoqué par la compression d'une bottine à tige basse ; le bord supérieur au contraire se perd en se dégradant vers la partie moyenne du mollet.

Rose violacée au début, plus sombre et plus bleue quand elle devient ancienne, la coloration diffère de celle, rouge vif, des congestions inflammatoires pures et des érythroses locales.

Elle est en général assez uniforme, mais paraît parfois quadrillée, comme en damier, de petites plages irrégulières, plus violettes ou plus blanches, donnant à la peau le même aspect que le livedo. Presque toujours un placard plus foncé, de couleur aubergine, marque la face postéro-externe.

Un examen attentif relève sur ce fond de très petites taches plus sombres : chacune d'elles est centrée par un poil ; tous les poils, épaissis par l'hyperkératose, sont ainsi grossièrement implantés, par une base mamelonnée, sur une aire franchement cyanotique.

Si l'on examine de très près les téguments bien éclairés, on aperçoit à travers l'épiderme une infinité de très petits pinceaux vasculaires dont les branches, dilatées, sinueuses, présentent une couleur violacée plus ou moins sombre suivant la teinte générale de la peau. Leur couleur, leur calibre, leur sinuosité font penser que ce sont autant de petites veines encombrées d'un sang de stase.

Bien souvent la forme générale de la jambe a perdu son galbe. Le mollet se prolonge presque cylindriquement jusqu'au bord

inférieur de la cyanose. En sorte que, dans les cas avancés, il existe bien, comme nous l'avons signalé plus haut, un bourrelet circulaire à côté d'une dépression brusque au-dessus des malléoles. Celles-ci ne sont pas empâtées ; encore qu'il existe parfois, au-dessous et en arrière de la malléole externe, une boursoufflure mollasse dont la peau a une coloration normale.

Quand on palpe les régions cyanosées, on est surpris de les trouver si froides : elles le sont d'autant plus que leur couleur est plus sombre.

On retrouve sous le doigt le hérissement hyperkératosique de l'implantation des poils.

La peau a conservé toute son élasticité : elle résiste à la pression sans mollesse œdémateuse et ne conserve pas l'empreinte en godet du doigt qui l'a écrasée. Celui-ci la laisse seulement décolorée, livide, pendant un court instant, puis rose vif pendant un temps plus long : elle ne reprend sa teinte cyanotique que progressivement, au bout de deux ou trois minutes. Si l'on a pincé la peau ou bien si on l'a frictionnée vigoureusement, la teinte rose persiste pendant dix à vingt minutes et coïncide avec une élévation thermique locale : couleur et chaleur contrastent avec la cyanose froide qui les entoure.

L'élasticité est la même en tous points : on ne relève aucune saillie anormale, aucune induration nodulaire.

On fait ensuite asseoir la malade et l'on relève fortement un des deux membres inférieurs de façon à l'incliner suivant un angle de 45° environ au-dessus de l'horizontale. On voit alors s'atténuer peu à peu la coloration bleuâtre . elle disparaît en deux à dix minutes pour laisser place à une coloration normale ou d'un rose franc léger très égal.

Le lacis de petites veines sinueuses est désormais beaucoup moins apparent, rose au lieu d'être bleu.

Etude locale au capillaroscope

Dans le service de notre ami le docteur Louste, à Saint-Louis, nous avons essayé de préciser, à l'aide du capillaroscope de Guillaume, quel pouvait être l'état des petits vaisseaux perceptibles à travers l'objectif. Normalement, comme l'a indiqué Guillaume,

on n'aperçoit nettement qu'un semis de petits croissants rouges habitant le carrelage des dépressions interpapillaires (fig. 1) : ce sont les dômes d'anses capillaires perpendiculaires à la surface de la peau. De-ci, de-là, quelques rares sinuosités allongées, plus larges que les traits précédents, de calibre uniforme, paraissent

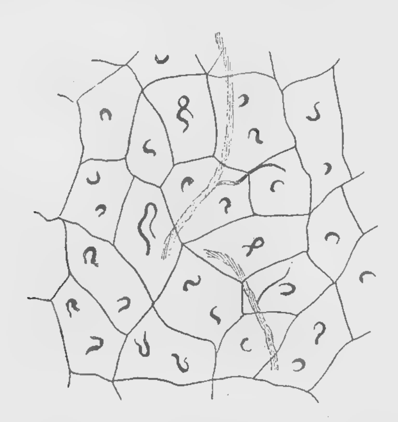


Fig. 1.
Aspect au capillaroscope de la peau d'une jambe normale.

Le quadrillage dessiné ici en traits pleins est, au capillaroscope, visible en lignes réfringentes, dues vraisemblablement au plissement de l'épiderme en rigoles interpapillaires.
On reconnaît, par papilles, un ou deux dômes d'anse capillaire. On devine deux veinules du réseau sous-papillaire.

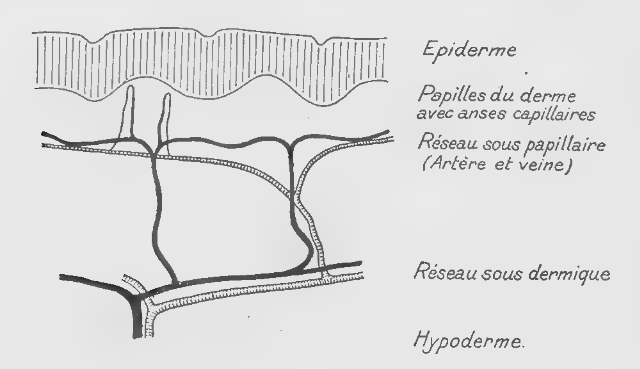


Fig. 2.
Irrigation de la peau, schématisée dans un plan perpendiculaire à sa surface.

Artérioles et veinules du *réseau sous-dermique* et du *réseau sus-dermique* sous-papillaire, réseaux de rocade unis par des perpendiculaires traversant le derme.
Capillaires des papilles du derme, avec leur branche afférente ou artérielle, grêle, leur branche efférente ou veineuse, plus large.

estompées et comme masquées par une épaisseur plus grande de tégument : ce sont des segments de veinules du réseau sous-papillaire où aboutissent les branches efférentes des anses capillaires (fig. 2).

Dans les régions atteintes de cyanose sus-malléolaire hypostatique déjà ancienne, on relève quatre modifications essentielles (fig. 3).

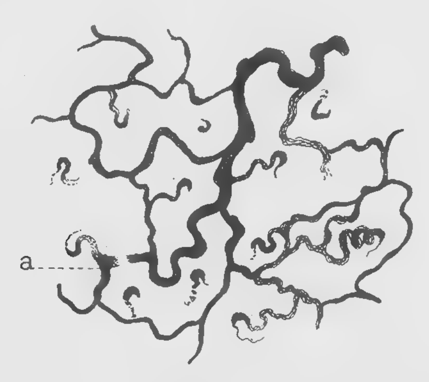


Fig. 3.
Aspect au capillaroscope de la peau d'une jambe présentant de la cyanose sus-malléolaire hypostatique.

Stase prédominant dans le réseau veinulaire sous-papillaire.
Sur un de ses trajets, on reconnaît une coupure (*a*) due à un spasme qui se propage avec une extrême lenteur comme un péristaltisme au ralenti (voir fig. 4).
Les dômes d'anses capillaires sont plus rares que normalement mais plus dilatés ou sinueux.
(On remarquera l'absence de quadrillage. Il est à peu près constant, dans la cyanose sus-malléolaire hypostatique, que les plissements interpapillaires aient disparu).

1° Les dépressions interpapillaires sont effacées et ne dessinent pas leur carrelage aux lignes réfringentes.

2° Les anses capillaires sont d'aspect très variable : au lieu de petits croissants régulièrement répartis on trouve soit des boules étalées qui paraissent constituées de larges capillaires emmêlés, soit des anses complètes longuement déroulées, montrant surtout leur branche efférente, allongée, élargie, renflée par places comme un trajet variqueux de grosse veine, tandis que la branche afférente reste presque cachée. Au total, on trouve généralement moins d'anses apparentes qu'il n'y a de croissants dans une peau normale.

3° Les veinules du réseau sous-papillaire sont énormes, boudinées, turgescentes ; comme les branches efférentes des anses,

mais beaucoup plus qu'elles encore, elles sont contournées et ectasiques. En bien des points leur développement est tel, sur certains malades, qu'on peut suivre dans leur presque totalité, les mailles du réseau sous-papillaire. Si bien que c'est alors ce réseau, cependant assez profond, que l'on aperçoit beaucoup plus que les dômes d'anses capillaires.

4° Ces vaisseaux dilatés ne sont plus de couleur rouge, mais de couleur violet sombre, surtout si l'on a eu soin de laisser la malade assez longtemps debout à peu près immobile, et si l'on examine ses jambes placées verticalement, la malade restant assise par exemple.

Dômes et branches efférentes des anses capillaires, veinules du réseau sous-papillaire forment comme des flaques violacées étalées dans l'épaisseur des tissus.

Sur la plupart des malades, nous avons pu faire une autre constatation très importante : certaines veinules du réseau sous-papillaire paraissent brusquement interrompues par une coupure



Fig. 4.
Péristaltisme veinulaire au ralenti (cyanose sus-malléolaire hypostatique).
Il fallait en moyenne 3 minutes pour que se déplaçât de la 1re à la 3e image cette coupure, qui ne dépassait pas le milieu de la veinule horizontale, réapparaissait au confluent de gauche, puis reprenait son chemin vers la droite avec une vitesse qui variait d'un moment à l'autre.

sur leur parcours : on se trouve porté dès l'abord à penser que la cause en est anatomique, le vaisseau s'incurvant sans doute en profondeur au-dessous d'une bride dermique ; mais si l'on fixe pendant un temps le champ microscopique où figurent ce vaisseau et cette coupure, on voit bientôt que cette dernière se déplace : elle chemine le long du vaisseau (fig. 4) ; et parfois, en arrière d'elle, en apparaît une seconde qui suit la même direction vers les plus gros confluents, vers l'aval du courant veineux, vers le cœur ; entre elles se mobilise un train de globules rouges dont l'œil, à travers la paroi vasculaire si elle n'est pas trop

épaisse, reconnaît assez bien les éléments grâce à leur peu de mobilité.

La constitution histologique de ces veinules, dont l'armature musculaire contraste avec la minceur des anses capillaires — premier témoignage d'une fonction contractile le long des voies de retour du sang vers le cœur — permet de conclure que ces coupures répondent à des spasmes annulaires se propageant avec une extrême lenteur le long du cylindre veinulaire.

Cette conclusion est encore confirmée par les constatations qu'il nous a été donné de faire sur une sclérodermique à téguments amincis atteinte de cyanose sus-malléolaire hypostatique (1) : sous l'objectif, grâce à la transparence donnée aux téguments par l'huile de cèdre, certaines veinules apparaissaient comme saillantes, au point qu'il semblait qu'on eût pu les saisir avec une pince. La netteté des contours vasculaires mettait en évidence un contraste entre certains vaisseaux relativement étroits dont les parois étaient animées d'ondulations, de frémissements que nous avons interprétés comme ceux d'un *péristaltisme* normal extrêmement rapide activant la propulsion du sang vers le cœur, et d'autres qui, — beaucoup plus larges au contraire, avaient des parois inertes, comme paralysées.

C'est sur ces derniers qu'apparaissaient les coupures. Il semblait qu'à ne pouvoir être transmise normalement le long d'un cylindre musculaire hypo-excitable, la contraction se fît plus profonde : un cumul d'incitations nerveuses sur les mêmes fibres était sans doute nécessaire pour vaincre la résistance du système à leur conduction.

La transmission de ces spasmes annulaires n'obéissait d'ailleurs à aucun rythme : non seulement ils apparaissaient parfois brusquement sur une veinule flasque et se précipitaient au point que celle-ci, un instant après, présentait deux et trois étranglements partis du même point, mais on pouvait voir certains vaisseaux repris pour un temps de leur frémissement normal en même temps que leur calibre avait diminué de largeur. A plusieurs reprises, nous avons même fait constater à nos assistants une incoordination motrice caractérisée : le mouvement des

(1) *Soc. anatom. de Paris*, 7 juill. 1927. Péristaltisme et insuffisance veinulaires.

spasmes changeait de direction et tentait de se propager à contre-courant, en un véritable antipéristaltisme. Nous avons depuis retrouvé cette incoordination sur beaucoup de nos malades, mais beaucoup moins lisible.

La fonction des fibres lisses veinulaires et leurs commandes nerveuses paraissaient bouleversées par une sorte « d'ataxie veino-motrice ».

Toutes ces constatations nous amènent à penser que la coloration cyanotique des téguments est due à un encombrement d'un grand nombre de veinules infracapillaires par une insuffisance et une incoordination de leurs fonctions motrices.

Les veinules normales présentent des ondulations qu'on aurait tort de considérer comme les effets de la distension de parois élastiques et passives par un contenu sanguin rapidement mobilisé sous l'influence d'on ne sait quelles forces ; ces ondulations représentent une suite précipitée de contractions fibrillaires qui, par la direction de leur mouvement, compriment et chassent le sang vers le cœur.

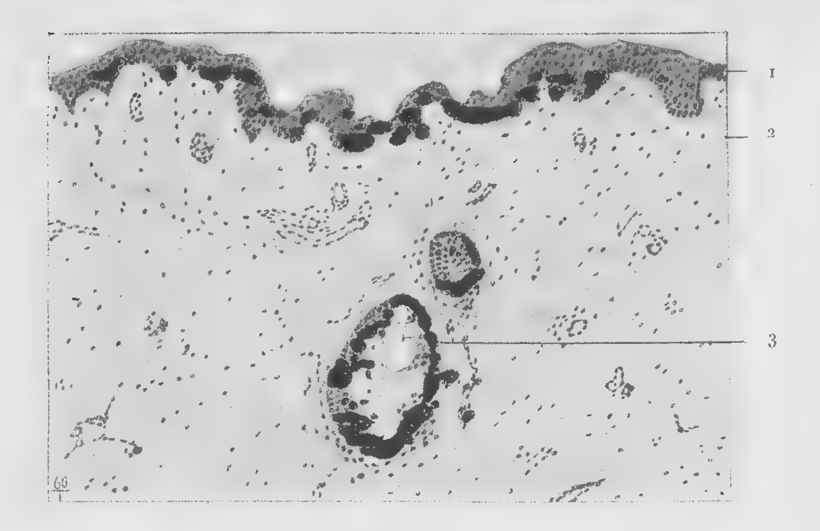
Leur exagération en spasmes annulaires, par suite d'une conduction difficile, ne laisse pas de doute sur l'existence d'une contraction propre de la veinule.

Un rapprochement s'impose dès lors entre ce péristaltisme veinulaire et le péristaltisme d'un autre muscle creux, l'intestin, dont les atonies ne sont pas rares et où les spasmes apparaissent aussi comme un effort pour compenser une conductibilité insuffisante.

Constatations faites par l'étude histologique locale

Nous avons pu pratiquer une biopsie sur deux malades dans le but, d'une part, de vérifier le degré d'altération du système veinulaire, d'autre part de constater s'il existait quelque relation perceptible de ces désordres circulatoires avec une étiologie tuberculeuse et s'il convenait de les confondre avec ceux de l'érythème induré de Bazin. Les coupes nous ont montré (1) (fig. 5).

(1) *Soc. médicale des hôpitaux*, 25 juin 1926. De l'insuffisance veinulaire. *Soc. anatom. de Paris*, 1er juillet 1926. Anatomie pathologique de la cyanose sus-malléolaire orthostatique par insuffisance veinulaire.



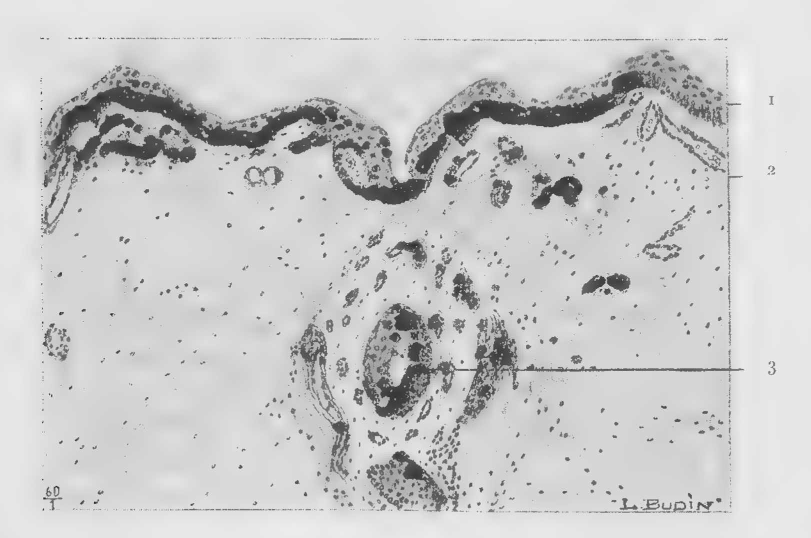


Fig. 5.

Contraste entre la coupe d'une peau de jambe normale *(en haut)* et celle d'une coupe de peau atteinte de cyanose sus-malléolaire hypostatique *(en bas)*.

1 Epiderme :
avec les sinuosités de ses pointes interpapillaires *(en haut)*.
déplissé, nivelé *(en bas)*.

2 Zone des veinules sous-papillaires :
où ne se voient que de petits vaisseaux aplatis et rares *(en haut)*.
où sont restées béantes des veinules musclées et dilatées, qui contiennent encore des globules rouges *(en bas)*.

3 Annexes de la peau : poil et gl. sébacée :
enfermés dans les trousseaux denses du derme *(en haut)*.
entourés d'une atmosphère de tissu cellulaire lâche qu'occupent de nombreuses veinules *(en bas)*.

On remarquera l'absence de toute infiltration nodulaire dans la coupe de cyanose sus-malléolaire. La biopsie entamait largement l'hypoderme : en aucun point les leucocytes ne s'y trouvaient plus nombreux que dans une peau normale.

1° Qu'il n'existe aucune infiltration leucocytaire nodulaire, ni aucun aspect sarcoïde du tissu cellulaire sous-cutané rappelant ceux de l'érythème induré de Bazin.

2° Que des lumières vasculaires appartenant au type veinulaire disloquent en grand nombre les premières couches du derme, au-dessous de l'épithélium. Largement ouvertes, elles contiennent souvent des hématies et sont bien différentes des lumières virtuelles des rares veinules musclées que l'on trouve sous l'épithélium d'une peau normale.

3° Autour de chaque poil intradermique se dessine une collerette de tissu conjonctif lâche anormalement développé, occupé par des veinules nombreuses inhabituelles qui sont restées béantes ; cet aspect nous paraît très particulier à cette affection car il est de rigueur que la portion intradermique du poil adhère intimement au tissu conjonctif dense environnant ; il apporte l'explication histologique de la cyanose péripilaire que nous avons relevée plus haut.

4° Dans le tissu cellulo-adipeux sous-dermique, on remarque de longues fentes remplies de globules rouges, qui paraissent délimiter des lobules. Leur bord offre un tassement longitudinal de fibres connectives, comme si le sang s'était glissé, longtemps avant la biopsie, dans ces espaces, en les dilacérant et en s'y canalisant. On n'y reconnaît, il est vrai, aucun endothélium, mais le sang y reste localisé et ne s'est pas infiltré dans les mailles voisines du tissu adipeux.

Cette constatation se superpose à celle faite peu après la biopsie : sur la pièce immergée dans le formol, de petits pelotons adipeux ressortaient entre des carrefours hémorragiques qui persistaient en étoiles rouges sur un fond jaune.

5° Les couches profondes du derme, sont, par endroits, dissociées par des trainées de tissu cellulo-adipeux. Il est possible que celui-ci, comme le tissu conjonctif jeune péripilaire, réagisse à la permanence de la stase veinulaire en s'hyperplasiant. C'est lui, beaucoup plus que l'œdème, qui crée l'empâtement des régions sus-malléolaires.

6° Enfin la ligne de séparation dermo-épidermique se trouve comme nivelée par distension, dépourvue de ses ondulations papillaires, ce qui peut expliquer la disparition du carrelage réfringent sous le capillaroscope.

La clinique et le laboratoire s'accordent pour établir que le trouble physiologique et la lésion anatomique, qui sont la cause directe de la cyanose permanente des régions sus-malléolaires, consistent en une stase sanguine dans les premières voies de retour définitivement insuffisantes et dilatées.

D'ailleurs l'étage le plus périphérique du système veineux superficiel des membres inférieurs n'est pas toujours seul frappé d'insuffisance (1). Celle-ci porte encore bien souvent sur les deux autres étages qui, le long des trajets confluents de l'arborisation veineuse, se trouvent en aval, plus près du cœur : les premières petites veines collectrices du derme se dilatent parfois et deviennent apparentes en pinceaux ou en éventails de fines *varicules* ; les gros collecteurs du tissu cellulaire sous-cutané peuvent aussi se trouver frappés d'hypotonie et s'ectasier en *varices* plus ou moins grosses.

Les malades atteints de cyanose sus-malléolaire hypostatique portent souvent soit des varicules, soit de vraies varices, soit les unes et les autres. Dans tous les cas, la stase veineuse se traduit au moins par ces lourdeurs en position verticale et les crampes nocturnes rapportées plus haut, auxquelles s'ajoute parfois un léger œdème vespéral ; elle s'accuse encore par l'augmentation très marquée de la *pression artérielle* quand, après l'avoir mesurée en position horizontale, on la recherche à nouveau en position verticale : comme Mabille l'a constaté sur des jambes variqueuses, le décalage des Mn et Mx, au lieu de se faire normalement de 10 $\times$ 16 (couché) à 13 $\times$ 20 (debout), s'accentue jusqu'à atteindre 16 $\times$ 25. La pression différentielle et l'*indice oscillométrique* varient parallèlement : ce dernier en particulier, qui passe normalement de 4 à 5 d'une attitude à l'autre, passe ici de 4 à 6 et même à 7. Quand, exceptionnellement, il existe de la microsphygmie des tibiales, la variation est aussi accusée, mais sur des chiffres plus bas.

Toutes ces malades sont donc en état de relâchement de leurs parois veineuses ; en l'absence d'ectasies apparentes, on trouvera souvent par le palper des vaisseaux dilatés cylindriquement, distendus, turgescents : ils sont à la première étape de cette *insuf-*

(1) *Journ. de médecine Paris*, octobre 1926. L'insuffisance veineuse terrain variqueux (Conférence faite à la *Soc. méd.*, 9e arr., mai 1926). *Soc. médecine*, Paris, 20 octobre 1926. Trois étages anatomiques dans l'arbre veineux superficiel. Trois étapes cliniques dans son syndrome d'encombrement.

fisance veineuse progressive qu'Hügel a si exactement désignée le premier (1) et que nous avons définie ensemble par la suite (2).

Renseignements apportés par l'examen général

Si, quittant les régions sus-malléolaires, pôles attractifs de l'attention des malades, on généralise l'examen en commençant par explorer les divers territoires de la circulation périphérique on relève souvent d'autres troubles de l'irrigation des tissus :

C'est d'abord une extension en dégradé de la teinte cyanotique sus-malléolaire à certaines parties des téguments : parfois la face postérieure des cuisses, la convexité des fesses, les mains, le bord cubital des avant-bras, la face postérieure des bras présentent une coloration permanente plus violette que les autres régions de la peau, mais cependant beaucoup moins caractérisée qu'aux jambes par le cortège des constatations que nous avons rapportées plus haut. La déclivité pendant les heures de lit — ou à l'extrémité pendante des membres supérieurs — explique peut-être ces localisations où la pesanteur se marque toutefois beaucoup moins qu'aux extrémités des membres inférieurs.

Ce sont ensuite des troubles transitoires, paroxystiques et non plus permanents, troubles vaso-moteurs où le système artériel extériorise nettement la part importante qu'il y prend et qui présentent tous les degrés, depuis le simple réflexe plus ou moins durable causé par une sensibilité spéciale au froid, jusqu'aux désordres annonciateurs d'une maladie de Raynaud qui n'évoluera pas. Décoloration des mains, sensation de doigts morts, fourmillements, raideurs et crampes, claudication intermittente, d'une part ; de l'autre : gonflements et congestion rouge, chaude, des mains et des oreilles, ou au contraire congestion cyanotique, froide, *acrocyanose*, peuvent se manifester séparément, ou s'associer de façons diverses et se compliquer parfois de

(1) R. Hügel. *Congrès hydrologie Bordeaux*, 1924.

(2) Hügel et G. Delater. L'insuffisance veineuse progressive, *Presse médicale*, 3 juin 1925 ; Delater et Hügel. Six propositions fondamentales sur la pathogénie et le traitement des varices. *Monde médical*, décembre 1925 ; G. Delater. Anatomie et physiologie des varices. Insuffisance veineuse terrain variqueux. *Journ. méd. Paris*, 1er février-11 octobre 1926 ; G. Delater et Hügel. De l'insuffisance veinulaire. Ses rapports avec les tuberculides cutanées. *Soc. méd. des hôpitaux*, 25 juin 1926.

bouffées de chaleur à la face, de petits vertiges, de bourdonnements, de nausées, de transpirations. Ces troubles ont, pour chaque malade, une durée variable ; leur répétition est inconstante mais fréquemment exagérée par l'orage menstruel. Ils surviennent souvent sans cause apparente, à l'abri du froid, par exemple, qu'on a souvent trop incriminé, et jusqu'en plein été.

Ils orientent l'esprit vers l'hypothèse d'un déséquilibre neurovégétatif, que vient accréditer l'existence de crises de palpitations ou de tachycardie et une certaine instabilité de la tension artérielle.

Mais système nerveux et milieu humoral, commandé par les sécrétions sanguines des endocrines, sont intimement unis pour harmoniser le fonctionnement des organes et des tissus ; leurs altérations s'intriquent en un *déséquilibre endocrino-neuro-végétatif* qui se révèle chez ces malades, comme chez tous les insuffisants veineux (1), par divers troubles qu'il faut rechercher méthodiquement :

D'abord l'affection survient presque uniquement chez les *femmes* (un adolescent à puberté difficile et un adulte fracturé de jambe 2 ans aupavarant en ont présenté un léger degré apparu seulement depuis quelques mois). Elle apparaît chez elles en même temps que des *premières règles* rares, pauvres, douloureuses ou, plus tard, chez des femmes aux parois capillaires fragiles, qui saignent facilement, ont des métrorragies, présentent des ecchymoses pour les plus petits traumatismes. Souvent d'ailleurs elle s'évanouit après un mariage ou une grossesse. Elle apparaît encore, aux alentours d'une *ménopause*, spontanée ou secondaire à une ovariectomie, en même temps que les modifications de l'involution sexuelle. Cette corrélation avec une insuffisance ovarienne avait été soupçonnée par Thibierge et Stiassnie qui ont décrit, à la Société de Dermatologie, l'« œdème asphyxique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques » et mieux précisée par Marañon qui a créé l'appellation de *jambe hypogénitale* pour donner une suite à son mémoire déjà ancien sur la « main hypogénitale ».

Cependant ces troubles, débordant les extériorisations génitales, portent aussi sur la peau et ses phanères : on relève très

(1) Quiserne. *Journ. méd. et chir. pratiques,* 1922-1923 ; Hügel, Delater, *loc. cit.*, 1924-1925, 1926.

ordinairement en effet de la *kératose pilaire* et de l'*hypertrichose* des membres inférieurs, tandis que les surfaces habituellement couvertes sont devenues plus ou moins *glabres* (sourcils, cheveux pubis) ; les *ongles* sont devenus mous, les *dents* se sont mobilisées dans les alvéoles, la *transpiration* habituelle s'est modifiée en plus ou en moins ; la *peau* est sèche, écailleuse, ichtyosique même ; certaines jeunes filles ont la peau tendue, comme gorgée de sérosité succulente, un peu comme les myxœdémateux. Ces manifestations sont classées dans la série thyroïdienne et leur coexistence avec les troubles circulaloires que nous étudions avaient déjà retenu l'attention de Balzer et Alquier qui avaient cru pouvoir donner à ces derniers l'appellation d'œdème strumeux ; Léopold Lévy plus récemment proposait la dénomination synthétique de *jambe hypothyroïdienne.*

Or nous pensons que la symptomatologie des glandes à sécrétion interne n'est presque jamais unilatérale : ovaire ou thyroïde ne fonctionnnent pas isolément ; toutes les endocrines sont associées en une synergie compliquée et leur pathologie est nécessairement intriquée, prédominant seulement sur le territoire fonctionnel de la glande le plus atteinte (1). Aussi n'est-il pas exceptionnel de relever, dans la *cyanose sus-malléolaire hypostatique,* des manifestations appartenant au domaine d'une autre glande que l'ovaire et la thyroïde. C'est ainsi que l'*altération des formes,* attribuable peut-être pour une part à un trouble hypophysaire, même quand l'embonpoint est sa principale cause, fait partie très fréquemment du cortège de la cyanose sus-malléolaire hypostatique.

A un dysfonctionnement hépatique, qui parfois se marque plus précisément dans le passé du malade par l'existence d'un ictère, d'une cholémie, d'une cholélithiase, on sera tenté de rattacher la symptomatologie arthritique si souvent présentée par ces malades (douleurs articulaires ou nerveuses, uricémies, cholestérinémies, uricuries) ainsi que la dysplasie pariéto-capillaire que nous avons relevée plus haut (hémorragies, ecchymoses...).

(1) *Presse médicale,* 3 juin 1925, 18 juin 1926 ; *Monde médical,* décembre 1925 ; *Journ. méd. Paris,* 11 octobre 1926 ; *Soc. méd. Paris,* 20 octobre 1926 ; *Journ. des praticiens,* 12 mars 1927.

2° Résumé pathogénique.

Tel est le cadre dans lequel se situe le tableau clinique de la cyanose sus-malléolaire hypostatique. Deux grandes lignes en ressortent au premier plan :

1° La symptomatologie locale relève directement d'une pathologie musculo-veineuse portant sur les origines infracapillaires des voies de retour vers le cœur.

2° Cette pathologie relève d'un déséquilibre endocrino-neuro-végétatif.

Nous reconnaissons toute cyanose locale permanente comme une manifestation périphérique de cette « insuffisance veineuse progressive » que nous avons définie « *un relâchement des fonctions musculaires du système veineux créant, dans les parties déclives — et surtout dans leur réseau superficiel — un encombrement sanguin qui prédispose aux complications mécaniques et inflammatoires* » (1).

Tandis que, portant sur les collecteurs hypodermiques, cette insuffisance obéit à une systématisation qui s'adapte à la longueur des vaisseaux et aboutit aux varicules et aux varices, portant au contraire sur les réseaux originels de la peau, à partir des capillaires, elle obéit à la physiologie normale des fibres lisses de ces veinules, dont la coordination motrice se fait suivant un épanouissement en nappe dans un territoire cutané : toutes les veinules de ce territoire se dilatent en d'innombrables et très petites varices, que seul permet d'apercevoir un examen grossisseur : le sang, bleui et refroidi depuis la traversée des capillaires cutanés où il a perdu son oxygène et sa chaleur, stagne et provoque la cyanose et l'hypothermie des téguments (2).

Si bien que l'on est tenté d'assimiler le muscle veineux et ses connexions à un véritable système physiologique : par le sympathique les glandes endocrines sont unies au muscle veineux en un *complexe endocrino-neuro-veineux*, comme elles le sont aux autres fibres lisses de l'organisme : artères, tube digestif, canaux excréteurs....

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 25 juin 1926.
(2) *Soc. de médecine de Paris*, 20 octobre 1926.

Il est possible que, dans certains réflexes vaso-moteurs, normaux ou peu modifiés, dans certaines acro-cyanoses paroxystiques en particulier, intervienne, sur le trajet sympathique du parcours endocrino-neuro-veineux, un relai artériel et que, dans ces cas, ainsi que le pense Guillaume (1), la dilatation des voies de retour soit la conséquence d'une contraction artériolaire. Nous montrerons plus loin que ces phénomènes transitoires ont une autre localisation vasculaire que ceux des cyanoses locales permanentes et qu'ils portent sur les anses capillaires et non sur les veinules où se jettent les branches efférentes de ces dernières; leur fugacité, en tout cas, n'entraîne pas le désordre anatomique veinulaire qui caractérise la cyanose sus-malléolaire hypostatique. Dans celle-ci au contraire, l'atteinte du relai artériel, s'il existe, se trouve masquée par l'importance des lésions veineuses.

Quand en effet la stase se prolonge — pour quelque cause que ce soit : relâchement primitif du muscle veineux, ou spasme artériel initial — la fibre lisse distendue du vaisseau encombré perd à la longue son tonus et bientôt s'atrophie : l'ectasie veinulaire est réalisée ; c'est la lésion essentielle de la cyanose permanente. C'est elle — et la stase ainsi aggravée — beaucoup plus qu'une insuffisante arrivée sanguine par des artères resserrées, qui causent tout le dommage ; celui-ci disparaît en effet pour autant que le membre reste en déclivité vers sa racine ou méthodiquement comprimé : on favorise ainsi le départ des liquides qui encombrent les tissus ; on n'a en rien amélioré l'arrivée du sang.

Il nous paraît d'ailleurs difficile de soutenir qu'une lésion artérielle prime la lésion veineuse, puisque, dans la cyanose sus-malléolaire hypostatique, l'indice oscillométrique est presque toujours normal.

Cependant il existe des cyanoses locales d'origine artérielle. Nous allons tenter de les identifier et de les séparer des cyanoses veinulaires, espérant apporter quelque clarté dans le groupe obscur des cyanoses locales.

Situons d'abord ces dernières au milieu des autres troubles circulatoires périphériques : anémie — et érythrose locales. Cette dernière est trop souvent confondue avec la cyanose.

(1) *Soc. médic. des hôp.*, 26 février 1926 ; *Soc. anatom.*, octobre 1926.

3° Diagnostic. Essai de séparation d'avec les autres variétés de cyanose locale.

A. — *La cyanose locale et les autres troubles circulatoires tégumentaires.* — L'*anémie locale* répond à une artério-constriction périphérique, à une sorte de syncope blanche locale ; le froid, certains chocs traumatiques, chimiques ou émotifs, une lésion artérielle amorçant un spasme comme dans la maladie de Raynaud, un déséquilibre endocrinien, provoquent des crises de décoloration des extrémités ; au bout d'un temps variable celle-ci fait place pour un temps à l'un des états suivants.

L'érythrose et la cyanose représentent au contraire des troubles de vaso-dilatation tégumentaire. L'*érythrose* est une dilatation artériolaire, une *congestion active* qui traduit une augmentation de l'apport sanguin oxydant ; elle se manifeste par un rosissement de la peau, une élévation de la température locale, des battements systoliques indiquant la part que prennent au phénomène les artères de plus gros calibre ; elle a le plus souvent un but physio-pathologique (inflammations locales, balancement ou compensation vaso-motrice après une crise d'anémie locale) mais elle peut être le résultat d'un dérèglement de l'innervation artériolaire comme dans l'érythromélalgie.

La *cyanose* est une *congestion passive*, un ralentissement du départ vers le cœur d'un sang désoxygéné et refroidi, une stase dans la nappe capillaire et dans les veinules intradermiques qui en partent.

L'*érythème induré de Bazin* a longtemps été confondu avec les troubles qui font l'objet de cette étude : un certain degré de cyanose locale existe en effet dans de nombreux cas ; mais les lésions qui caractérisent vraiment la maladie de Bazin sont accompagées de troubles circulatoires qui relèvent au contraire du second groupe, de l'*érythrose locale.*

En effet le désordre anatomique qui personnifie l'érythème induré, c'est le nodule inflammatoire provoqué par la fixation de bac. de Koch ; et si la congestion active, artériolaire, avec sa rougeur et son hyperthermie, n'est pas toujours apparente, c'est qu'elle est camouflée par une stase veinulaire qui n'est pas nécessairement coexistante.

Dans bien des cas, particulièrement au début de l'affection, la dilatation artériolaire est seule manifeste, comme elle le reste dans les nodosités de l'érythème pernio, des engelures : mouchetant une peau de coloration normale, ressort un semis de bosselures rouge vif, chaudes, prurigineuses à la tiédeur du lit ou dans une pièce chauffée, susceptibles d'évoluer jusqu'à l'ulcération ; les malades ne souffrent pas ; elles sont seulement importunées par les démangeaisons.

La teinte bleue, qui camoufle assez souvent plus tard cette coloration rouge, peut être limitée à chaque nodule et respecter les téguments non indurés qui les entourent : la confusion avec la cyanose sus-malléolaire hypostatique dans ce cas n'est pas possible.

D'ailleurs le capillaroscope révèle un aspect très différent de celui de la cyanose sus-malléolaire hypostatique : la stase n'atteint que les anses capillaires et non le réseau des veinules sous-papillaires : celles-ci ne sont pas apparentes, nombreuses, contournées, dilatées comme dans la cyanose sus-malléolaire

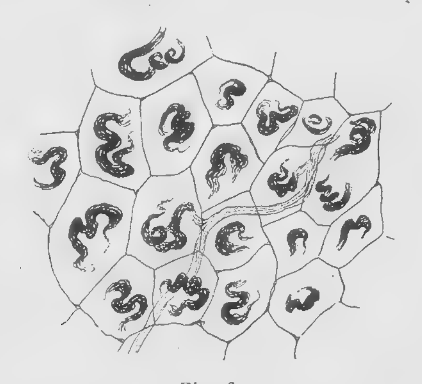


Fig. 6.
Aspect au capillaroscope d'un nodule d'érythème induré de Bazin récemment camouflé de cyanose locale.

Stase dans les seules anses capillaires, à l'exclusion du réseau veinulaire qui reste inapparent (un trajet estompé traverse le champ de l'objectif).

hypostatique, mais au contraire rares, rectilignes, petites ; tandis que les dômes des anses capillaires traduisent seuls la stase et apparaissent comme d'énormes tâches violettes où l'on a peine à reconnaître les éléments enchevêtrés et dilatés (fig. 6). Dans les anciens nodules d'apparence cicatricielle, les anses se sont comme multipliées et déroulées, elles sont épanouies autour d'une

veinule plongeante et chaque système prend ainsi l'aspect d'une feuille de fougère (fig. 6 *bis*).

Mais d'autres fois la coloration violacée est égale sur toute la surface de l'extrémité inférieure de la jambe, seulement accentuée au niveau des nodosités ; habituellement la peau est froide de manière uniforme ; mais, quand la température extérieure s'élève, les nodosités se réchauffent les premières, en même temps qu'elles rosissent et que de fortes démangeaisons y apparaissent. Ces malades accusent toujours, dans le membre inférieur, une sensation particulière de pesanteur que les autres

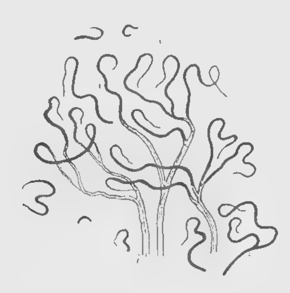


Fig. 6 *bis*.

Nodule d'érythème induré de Bazin, remontant à 5 ans, camouflé, par temps froid surtout, de cyanose limitée, car il n'y a pas de cyanose sus malléolaire hypostatique.

Anses capillaires flexueuses ; veinules sous-papillaires parfois apparentes. Aspect en contours de feuille de fougère

n'éprouvent pas et qui s'exagère en atmosphère chaude, en été par exemple. Elles signalent toutes le contraste qu'elles ont remarqué entre la disparition des nodules à la belle saison — pour autant du moins que l'affection n'est pas trop ancienne — et la persistance de la cyanose diffuse, l'exagération de la gène fonctionnelle et du gonflement.

Dans ces derniers cas une insuffisance veinulaire coexiste avec la réaction inflammatoire nodulaire. L'affirmation en est donnée par le résultat de la manœuvre d'élévation du talon : la malade s'est étendue, le membre inférieur en déclivité vers le bassin, formant un angle de 45° environ sur l'horizontale : la coloration violette s'efface à mesure que disparaît la stase périphérique ; en même temps se révèle la teinte rouge de chaque nodule, caractéristique de la congestion active, artériolaire.

Quel rapport de succession peut-on établir entre ces deux affections ? Le plus souvent la cyanose est antérieure à l'infiltration nodulaire ; elle y prédispose peut être, comme si la stase favorisait l'arrêt dans les tissus du bacille de Koch véhiculé par le sang ; mais elle n'aboutit pas nécessairement à la tuberculinisation des téguments car nous l'avons vue, chez de nombreuses malades, évoluer et persister seule depuis plusieurs années. Il semble que, dans certains cas, un traumatisme puisse favoriser le premier essaimage du bacille : certaines malades nous ont rapporté avoir vu se produire la première induration nodulaire au niveau du pincement de la peau par les tiges serrées d'une bottine montante.

D'autre part elle n'est pas une première étape nécessaire de l'érythème induré, car les nodules peuvent apparaître les premiers et demeurer seuls pendant très longtemps, débordant d'ailleurs la zone d'élection de la cyanose veinulaire, envahissant le pied — nodules aggravés d'érythème pernio — envahissant aussi la moitié supérieure de la jambe jusqu'au genou. Quand la cyanose complique l'érythème induré de Bazin, on la voit débuter avec plus d'intensité sur les nodules, comme si les veines de ces tissus avaient été fragilisées par l'inflammation. Elle peut alors évoluer et persister après la disparition de l'induration nodulaire, limitée à des placards qui répondent aux anciens foyers inflammatoires : deux malades de plus de 35 ans ont présenté, à la suite d'engelures répétées, localisées au-dessus du cou-de-pied, des placards de dilatation veinulaire cyanosante que n'accompagnait plus aucune induration.

Il nous paraît donc légitime de séparer — puisqu'ils ont chacun son évolution et qu'ils peuvent ne pas s'associer — l'érythème induré de Bazin, lésion inflammatoire chronique, congestion active, artériolaire, et la cyanose sus-malléolaire hypostatique, lésion mécanique, due à une insuffisance veinulaire. Les observations recueillies par l'un de nous, quelques-unes en collaboration avec Juster, ont amené celui-ci à renouveler (1) la tentative de séparation entre ces deux affections proposée déjà par Thibierge et Stiassnie, Mendes da Costa .. ; il nous est resté d'intégrer dans

(1) Juster. Les érythèmes infiltrés ou infiltrations érythémato-cyanotiques des neuro-endocriniens. 15 avril 1926 ; Etiologie et traitement des érythrocyanoses sus-malléolaires, *Soc. de dermatologie,* 8 juillet 1926.

le domaine de la pathologie veineuse l'affection nouvellement identifiée qu'une pointe d'ironie, peut-être, avait fait appeler, dans les premiers temps d'incertitude : « maladie de Delater » ; il nous est resté de lui donner un fondement anatomique et physio-pathologique, et enfin de la baptiser cyanose sus-malléolaire hypostatique (1).

B. — *Les diverses variétés de cyanose locale.* — Il importe maintenant de différencier cette affection d'avec les autres cyanoses locales.

La cyanose tégumentaire se produit chaque fois que des globules rouges s'immobilisent longuement dans les capillaires, laissant l'oxygène se déplacer entièrement vers les tissus de son support hémoglobinique qui de rose devient violet.

1° Dans les capillaires, le sang stagne parce qu'il est bloqué par l'arrêt du mécanisme d'enlèvement veineux vers le cœur : ainsi s'expliquent les cyanoses générales des insuffisances ventriculaires droites ; ainsi avons-nous expliqué les cyanoses localisées des insuffisances veinulaires atteignant tel ou tel territoire (cyanose susmalléolaire hypostatique).

2° Mais des globules rouges peuvent aussi rester arrêtés dans les longs trajets capillaires parce qu'ils ne sont plus poussés par de nouvelles arrivées artérielles. Ces cyanoses locales nous paraissent différentes de celles dont relève la cyanose sus-malléolaire hypostatique. Elles comprennent plusieurs groupes dont les premiers sont dominés par un mécanisme artériel, dont les derniers se compliquent d'une participation veinulaire passagère qui les rapproche de la cyanose permanente sus-malléolaire.

Cyanoses locales d'origine artérielle. — L'*oblitération anatomique complète* d'une artère cause d'abord une décoloration des téguments, une anémie locale qui, peu à peu, se teinte de cyanose à mesure que se prolonge l'immobilisation, dans les capillaires, de globules rouges qu'aucune pression ne chasse plus. Leur oxyhémoglobine perd son oxygène et, si aucune suppléance artérielle ne rétablit la circulation, les globules rouges

(1) Confér. à la Soc. médic. du 9e arr., mai 1926 (in *Journ. de médecine de Paris*, 11 octobre 1926) ; *Soc. méd. des hôp.*, 18 juin 1926 ; *Soc. anatomique*, 1er juill. 1926 ; *Presse médicale*, 29 sept. 1926.

subissent une digestion qui a pour résultat la diffusion de l'hémoglobine dans les tissus ; ceux-ci brunissent, puis à la longue se sphacèlent.

Il arrive que, pendant longtemps, l'artère ne porte qu'une lésion minime ; mais un *spasme surajouté* complète l'oblitération, comme c'est le cas dans la *maladie de Raynaud* par exemple : anémie et cyanose locales se succèdent par crises qui se prolongent de plus en plus longtemps. La cyanose est donc au début *paroxystique* ; les mêmes lésions que ci-dessus peuvent tardivement l'aggraver de mortification tissulaire.

Mais l'*oblitération paroxystique*, causée par un *spasme artériel sans lésion*, peut demeurer toujours passagère et bénigne et donner lieu à des troubles vaso-moteurs où la cyanose, au lieu de faire suite à l'anémie locale, est parfois juxtaposée à elle, en damier de larges carreaux bleus et blancs. On voit cette image sur les extrémités de membres restés exposés à l'eau froide.

Ces paroxysmes d'anémie et de cyanose locales, contemporaines ou successives, se produisent souvent sans cause extérieure appréciable, aussi bien par exemple en été qu'en hiver. Un rythme horaire règle quelquefois leur apparition, ainsi qu'une corrélation avec une période de déséquilibre endocrinien où l'ovaire et la thyroïde paraissent avoir la principale part (1). Ils peuvent alors en imposer pour une maladie de Raynaud incipiente, encore que, d'ordinaire, ils ne soient pas symétriques ; ils entrent en réalité dans le cadre des *angio-neuro-endocrinoses* de Léopold Lévy.

C'est à eux peut-être qu'il conviendrait de réserver l'appellation d'*acrocyanoses*, appliquée trop souvent à des troubles disparates.

La cyanose qui les caractérise est généralement d'un bleu plus prononcé que celle des variétés précédentes. Un élément veineux intervient pour aggraver, de son atonie transitoire, la stase capillaire : le froid, qui d'abord excite la fibre lisse veineuse — comme il tétanise la fibre artérielle ou exalte le péristaltisme intestinal — à la longue la paralyse, chez certains sujets prédisposés, dans certains territoires où la fibre lisse est plus fra-

(1) *Soc. médicale des hôp.*, 25 juin 1926.

gile : c'est ainsi qu'en d'autres régions de l'organisme une vessie de glace relâche certains spasmes. Un encombrement veineux passager en résulte qui augmente la stase capillaire.

Cet élément veinulaire est plus net encore dans les cyanoses tégumentaires qui entourent certaines plaies atones, certaines fistules osseuses, ou qui masquent les anciennes cicatrices, les processus inflammatoires chroniques (mycoses, tuberculose : érythème induré de Bazin). Un amoindrissement de la propulsion artérielle intervient peut-être, par suite de l'écrasement des artérioles dans la sclérose tissulaire ; le capillaroscope révèle en tout cas l'effet de cette organisation fibreuse sur les capillaires : leurs anses se sont allongées, contournées, compliquées, comme l'est un cours d'eau dans un terrain rocheux (fig. 6 *bis*). Les fibres musculaires lisses des veinules du réseau sous-papillaire sont également prises dans le processus de sclérose et s'atrophient, favorisant le ralentissement du retour du sang vers le cœur. On peut apercevoir alors, à l'œil nu, de très fins pinceaux rappelant ceux de la cyanose sus-malléolaire. Ils persistent parfois longtemps après la guérison de la lésion originelle, comme nous l'avons rapporté plus haut à la suite d'engelures.

La cyanose locale de ces quatre variétés diffère donc de la cyanose sus-malléolaire hypostatique avec d'autant plus de netteté qu'elle est plus exclusivement soumise à une influence artérielle.

Elle est le plus souvent paroxystique et, lorsqu'elle se prolonge, elle reste influencée par le froid, disparaissant en été.

Elle atteint indifféremment toutes les extrémités, les oreilles par exemple et, quand elle a pour siège les pieds ou les mains, elle persiste sans modification notable malgré l'élévation du membre en déclivité vers le tronc.

Elle est d'un bleu plus franc, mais aussi plus diffus, plus égal, où ne se marque aucune sinuosité du réseau sous-papillaire, ni à l'œil nu, ni au capillaroscope.

C'est qu'elle obéit à un mécanisme pathogénique foncièrement différent de celui de la cyanose sus-malléolaire hypostatique. Elle révèle une fragilité des dernières ramifications artérielles correspondantes, dans les parties du corps les plus exposées aux

actions extérieures : un spasme, une prolifération endothéliale, souvent l'un et l'autre, diminuent facilement le calibre de ces petits vaisseaux et l'impulsion artérielle, à une si grande distance du ventricule, n'y a plus assez de vigueur pour vaincre l'obstacle qui s'oppose à sa transmission : les globules rouges restent immobilisés dans les capillaires sous-jacents.

La cyanose sus-malléolaire hypostatique au contraire traduit une insuffisance veineuse ; cette dernière s'extériorise sur les veinules infracapillaires des régions tégumentaires que la déclivité expose le plus aux difficultés de la circulation de retour. C'est en premier lieu sur la région sus-malléolaire qu'elle se manifeste parce que celle-ci subit plus qu'aucune autre l'effet de la pesanteur. Les vaisseaux qui y drainent la peau sont tributaires des premiers troncs collecteurs qui restent verticaux et hypodermiques sur tout leur parcours, de l'extrémité inférieure de la jambe jusqu'au creux inguinal ; ils s'y trouvent au plus bas de longues colonnes sanguines qui s'élèvent avec peine jnsqu'au bassin sans être favorisées, comme celles des veines profondes, par l'étai latéral et les contractions intermittentes des muscles locomoteurs. On s'étonnera moins que les téguments du pied soient respectés si l'on se rend compte que la semelle veineuse de Lejars, enfermée sous un derme plantaire résistant, peut dériver par de riches anastomoses tout le sang de leurs veines vers les loges profondes antéro-externe et postérieure de la jambe.

4° Pronostic et traitement.

La jeune fille inquiète, qui souvent aura tenté sans succès maintes thérapeutiques, connaîtra parfois la surprise de voir l'infirmité dont souffrait sa coquetterie disparaître à l'occasion du bouleversement endocrinien d'un mariage ou d'une grossesse. Aucun traitement ne lui offrira ultérieurement pareille garantie de délivrance, si l'affection a résisté à ces épreuves, si elle est apparue à l'âge adulte ou aux approches de la ménopause. En dépit de toute tentative, les troubles circulatoires mécaniques s'aggravent alors lentement, sans faire généralement courir à la malade d'autre danger que la rupture sous-épithéliale de quelque veinule dilatée : phlyctène hémorragique, théoriquement exposée à quelque complication infectieuse et ulcéreuse, mais

que, le repos aidant, nous n'avons pas encore vu se terminer autrement que par une épidermisation assez rapide.

L'eczématisation survient rarement sur ces téguments et, dans cette occurrence, l'irritation histologique, gagnant le derme, peut amener une guérison de la stase périphérique, par rétraction fibreuse et écrasement des veinules dilobées ; mais ce n'est que pour amorcer l'évolution d'une cellulite assez voisine de ces *pachydermites* périvariqueuses que nous avons tenté d'identifier devant la Société médicale des hôpitaux (1) : « œdème inflammatoire chaud, rouge, souvent pigmenté, dur, cartonné », parfois cicatriciel et rétractile, où les trajets variqueux, quand il en existe, « se creusent un lit à rives escarpées » que seul révèle à l'œil, habituellement, une compression profonde et prolongée des tissus : celle-ci écrase les tissus voisins des trajets variqueux qui prennent leur relief ectasique dès qu'on retire le pouce compresseur.

Quand la cyanose a compliqué un état variqueux, le traitement qui s'impose en premier lieu est celui des injections intraveineuses sclérosantes ; pour qu'elles soient efficaces, elles doivent être suffisamment agissantes et suffisamment multipliées : il faut employer des solutions concentrées et variées et les injecter dans tous les trajets que l'on peut sentir dilatés sous la palpation des doigts (2). Trop souvent on ne parvient pas à oblitérer « toutes les veines insuffisantes par où le sang retombe de la cuisse dans le territoire malade : plus est ténu le réseau variqueux, plus richement il est pourvu d'anastomoses, qui persistent, malgré le barrage de quelques-unes, à alimenter son encombrement (3) »... et la cyanose est peu modifiée par les injections.

Les autres traitements sont plus déconcertants encore. Ils s'efforcent, par une action générale ou locale, de réveiller la tonicité des fibres lisses veineuses. L'opothérapie uni- ou pluriglandulaire qui, par les commandes sympathiques, exerce une influence heureuse sur les cyanoses paroxystiques, a moins de prise sur les fibres musculaires atones et parfois atrophiques de veines atteintes par la cyanose permanente. On ne doit pas négli-

(1) 18 juin 1926 ; — *Journ. des praticiens*, 26 mars 1927.

(2) 2 juin 1926, *Presse médicale*, et 26 mars 1927, *Journal des praticiens* Pratique des injections sclérosantes.

(3) *Soc. médicale des hôpit.*, 18 juin 1926, n° 23.

ger toutefois ce traitement général qui peut être au moins préventif d'aggravation ; de même a-t-on grand intérêt à conseiller aux malades la cure thermale de Bagnoles-de-l'Orne.

Le traitement local consiste, si la malade souffre, en diathermie abdomino-biplantaire, qu'on pousse progressivement, en intensité et en durée, aussi loin que la malade peut la supporter. La douleur, comme la sensation de froid aux pieds cèdent en général assez vite et, après une ou deux séries de dix séances bi-hebdomadaires au début, plus espacées ensuite, ne réapparaissent pas de longtemps. Parfois la déformation des jambes s'amoindrit, plus lentement, et la circonférence de la région sus-malléolaire perd deux ou trois centimètres. La coloration au contraire n'est presque jamais modifiée.

Plus actives à ce point de vue sont les applications, deux ou trois fois par semaine, de haute fréquence monopolaire avec l'électrode condensatrice de Vignal, ou mieux encore avec le balai métallique, si la peau n'est pas trop fragile et si la malade en accepte la douleur agaçante. Il faut rechercher, par un certain écartement, les plus longues étincelles que puisse supporter la malade : au bout de quelques séances on voit parfois s'atténuer et disparaître des cyanoses de date récente (1).

Juster associe volontiers à la haute fréquence les irradiations ultra-violettes d'une grande lampe à mercure (2) ; cette actinothérapie, parfois heureuse, est cependant beaucoup moins efficace qu'utilisée contre l'érythème induré.

Sur quelques malades portant des placards de cyanose à veinules très apparentes, l'un de nous a employé avec succès les injections interstitielles de chlorhydrate double de quinine et d'urée qui nous avaient déjà donné d'assez bons résultats dans le traitement des varicules en pinceaux parfois télangiectasiques (1). On pratique dans l'hypoderme, en deux ou trois régions de la cyanose assez distantes l'une de l'autre, une longue injection traçante de 3 centimètres cubes de sel double à 5 o/o, en ayant soin de pousser le liquide assez superficiellement mais assez loin du derme toutefois pour ne pas l'imprégner, car il est particulièrement susceptible à l'action des liquides sclérosants et pourrait se nécroser. Quinze jours plus tard au moins, si la

(1) Juster. *Presse médicale*, 24 déc. 1927.
(2) *Journ. des praticiens*, 26 mars 1927.

réaction n'a pas été trop vive, on répète ces injections avec la solution à 10 o/o ; une troisième séance employant la même dose est renouvelée au besoin un mois plus tard.

Aussitôt après chaque introduction du liquide, on voit les veinules violacées rougir, sur une étendue de plus en plus grande, par suite d'une circulation plus active due au réveil de la contraction veineuse ; puis les veinules disparaissent et, plus tard, un rosissement en nappe et un échauffement de la peau traduisent une congestion active par dilatation artériolaire.

Ces traitements locaux sont tentés successivement ; on a soin toutefois de ne pas pratiquer le traitement diathermique dans les mois qui suivent des injections sclérosantes, pour ne pas provoquer de phénomènes d'activation douloureuse au niveau de chaque foyer, comme il nous est arrivé chaque fois que nous avons enfreint cette recommandation.

En même temps, la malade doit se soumettre au port de *bas à varices* en tissu tramé non caoutchouté, — à l'application régulière d'*eau chaude et d'eau froide alternées*, suivant la méthode de Dausset : chaque séance consiste en projections sur les jambes, au jet ou à l'éponge, d'eau chaude pendant une demi-minute, d'eau froide pendant un quart de minute ; elle dure 3 à 5 minutes, le matin et immédiatement avant le coucher, en se terminant chaque fois par l'aspersion froide.

Des exercices de *gymnastique abdominale et respiratoire* en position couchée, tous les matins, ont pour but de lutter contre le relâchement des tissus abdominaux, d'éveiller le péristaltisme intestinal et de favoriser l'exonération, d'activer la circulation sanguine de retour dans les grosses veines prévertébrales. Au cours de cette gymnastique, la malade doit, dans la position de flexion à angle droit des membres inférieurs, pratiquer des mouvements brefs d'*extension et de flexion forcées du pied sur la jambe*, au rythme de 8 à 10 par minute : contractions rapides et vigoureuses des muscles des jambes, dont chacune chasse le sang profond vers le cœur, tandis que le relâchement aspire le sang de la peau. La répétition fréquente de cet exercice est souvent d'un excellent effet.

Aucune gymnastique en position verticale. Peu de stationnement debout dans l'immobilité ; peu de piétinement. Au contraire, exercices de marche à pas bien cadencés, sans fatigue ;

port de chaussures à talons demi-bottier, équilibrant convenablement le membre inférieur, hauts de 3 à 4 centimètres, en évitant les talons Louis XV, fuyants, et aussi bien d'ailleurs les talons plats ; au besoin semelle intérieure soutenant la voûte plantaire affaissée d'un pied plat. *Repos nocturne sur un lit incliné vers les épaules* : le sommier est relevé de 10 à 15 centimètres du côté des talons : ce sont là recommandations de détail qui, pour manquer de caractère, n'en sont pas moins extrêmement utiles. Devant l'absence d'un traitement catégorique et libérateur — comme est celui des varices, ou celui des hémorroïdes, par la fibrose curative — force nous est de pourvoir notre thérapeutique d'armes diverses ; additionnons leurs effets, varions leur nature, maintenons, pour avoir leur collaboration, le courage de nos malades : elles souffrent non seulement d'une coquetterie mise à l'épreuve par les modes actuelles, mais souvent aussi d'une infirmité relative qui à la longue altère leur sourire et parfois compromet leur activité sociale.

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DANS LES RACES NOIRES

Par P. NOEL

Quels sont les facteurs conditionnant la rareté de certaines affections cutanées dans les races colorées, dans les races noires notamment ?

Il est tant de dermatoses dont nous ignorons l'étiologie que répondre à pareille question n'est guère possible. Cependant l'étude de certaines affections, à la lumière de leur répartition géographique et ethnique, apporterait peut-être, sur certains côtés du problème, quelques données utiles.

Ce serait paresse d'esprit que de se contenter d'invoquer une immunité ethnique. La simplification ne serait qu'apparente, car, en même temps que les prédispositions raciales et héréditaires, les facteurs de climat, d'alimentation, de vêture, de mode d'existence, de contagion, de présence des microbes, d'immunité acquise, voire de préservation par d'autres maladies, peuvent intervenir chacun pour une part.

La pigmentation cutanée, par exemple, préserve le noir contre l'érythème solaire (auquel sont si sensibles au contraire les nègres albinos ou vitiligineux) et sans doute contre les cancers cutanés, rares chez eux (alors que les cancers des muqueuses s'y rencontrent plus souvent).

En ce qui concerne les dermatoses qui ont été englobées sous le vocable de *tuberculides* et dans l'étiologie desquelles on a voulu voir d'abord des manifestations dues à des toxines tuberculeuses, où maintenant on tend plutôt à reconnaître un syndrome à la constitution duquel la tuberculose conserve une part prédominante, mais où peuvent intervenir aussi la syphilis, etc., il en est qui n'ont été observées que de façon exceptionnelle chez des individus de race noire. C'est le cas du lupus érythémateux.

Nous trouvons peu de précisions concernant sa distribution géographique dans les manuels français de dermatologie.

Macleod (1) dit qu'il est rare dans les contrées tropicales sèches.

Nous avons recherché dans la littérature médicale les cas qui en ont été publiés.

En 1859 Rufz (2) communique à l'Académie de médecine les résultats de sa pratique dermatologique à la Martinique. En plus de 20 années il n'en a pas observé de cas.

En 1888 Morison (3), sur une série de 500 nègres atteints de maladies cutanées, n'en signale aucun.

Blanc (4) en 5 années de pratique dans la Nouvelle-Orléans en a vu 3 cas chez des blancs et un seul chez un noir (Deux de ces cas ont été observés chez des hommes et deux chez des femmes).

H. Fox (5) qui donne un relevé de 4.400 cas de dermatoses par parties égales chez des blancs et chez des noirs (sans différencier noirs purs et mulâtres) signale 5 lupus érythémateux chez des blancs et 4 chez des noirs.

A côté de ces données statistiques, nous n'avons pu trouver que 2 observations.

En 1910, Schamberg (6) présente à la Société dermatologique de Philadelphie « une négresse de 39 ans avec éruption extensive des deux joues datant de 4 mois. Le placard de la joue droite s'étend dans le cuir chevelu et envahit la région pariétale. Les cheveux sont tombés dans cette dernière aire. Les taches sont nettement marginées, de couleur blanc rosé, lisses, avec une faible mais notable modification de dimension des follicules pileux. Le contraste de couleur des plaques par rapport à la peau du sujet est extrêmement grotesque ».

Au cours de la discussion, Davis pense que cette éruption ressemble à l'eczéma séborrhéique.

En 1924, Weiss (7) montre à la Société dermatologique de Saint-Louis un nouveau cas. « Négresse de 22 ans, déclare que les lésions sont apparues sur son nez il y a 2 mois. Elle présente sur le nez 3 plaques à contours bien limités, légèrement surélevés, avec d'épaisses squames adhérentes et des follicules dilatés. Le 25 mai 1921, la réaction de Wassermann est ++ avec l'antigène cholestériné, négative avec l'antigène non cholestériné. Le 5 mars 1923, elle était négative avec les 2 antigènes ».

Tous les assistants confirmèrent le diagnostic de lupus érythémateux.

Voici donc une dermatose qui n'est pas particulièrement rare en Europe mais que nous n'avons jamais rencontrée en Afrique intertropicale (où il est vrai que la tuberculose est peu répandue) et qui n'a été observée qu'exceptionnellement en Amérique où cependant les noirs ne sont pas moins sujets à la tuberculose que les blancs.

D'autre part il ne peut s'agir d'une protection par la pigmentation cutanée contre des radiations lumineuses puisqu'on en a tout de même observé quelques cas.

Le problème est complexe et sa solution réclame un complément d'information.

Aux recherches à poursuivre sur la répartition géographique et ethnique du lupus érythémateux, nous apportons aujourd'hui, comme contribution personnelle, un cas observé chez une femme hindoue, noire, de basse caste ; cas intéressant non seulement parce que c'est, à notre connaissance, le premier que l'on ait décrit chez des indigènes de l'Inde du Sud, race noire de souche dravidienne, mais aussi parce que la forme « herpès crétacé » de Devergie est rarement aussi étendue et disséminée, et que certaines de ces localisations sur les membres sont exceptionnelles.

Observation

Soundiram est une Hindoue de 30 ans qui entre à l'hôpital de Pondichéry pour des lésions achromiques et kératosiques du visage et des membres.

Comme elle présente de la gale, elle est d'abord soumise à un traitement pour la débarrasser de cette parasitose.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien de particulier. Dans ses antécédents personnels : varicelle dans l'enfance ; pas de syphilis connue ; une seule grossesse : un garçon de 12 ans bien portant. A été mariée pendant 5 ans à un homme qui présentait, d'après elle, des lésions analogues, antérieures au mariage, et qui est mort il y a un an au bout de 3 jours d'une maladie difficile à déterminer (sans tousser, sans œdèmes, il est resté 3 jours couché en chien de fusil, elle dit que ce sont des diables).

Etat actuel (20 novembre 1925). — Les lésions ont débuté il y a 6 mois au niveau de la racine du nez, ont gagné successivement le dos du nez, les pommettes et les joues, et progressivement, en un mois, l'ensemble des parties actuellement affectées. Pas de phénomènes généraux, fièvre etc.

Elles sont constituées par des placards achromiques, blancs ou rosés, où la peau est atrophique, cicatricielle, légèrement déprimée,

un peu indurée, sans duvet ; par endroits le processus cicatriciel est moins avancé, la dépression moindre, la dépigmentation incomplète se traduit par des zones grisâtres qui doivent cet aspect, quand on regarde de près, à un pointillé noir.

Le bord, très nettement dessiné, est entouré d'un liseré noir, *congestif*, large d'un millimètre. Le contour est irrégulier, géographique, découpé, plus souvent formé de lignes concaves que de lignes convexes, avec îlots détachés.



Fig. 1.

Sur la surface de ces placards, et spécialement sur les plus atrophiés, se trouvent de grosses carapaces cornées tantôt jaunâtres, tantôt noirâtres, pas très adhérentes. Cette hyperkératose est en nappe. Au niveau du nez et des pommettes, les croûtes sont grasses et présentent à leur face profonde, surtout à la pointe du nez, des prolongements cornés, coniques, folliculaires.

Ces lésions présentent la topographie suivante :

Une tache à la racine du nez, reliée par des prolongements à une tache située sur la pointe et à 2 taches sur les pommettes. Les joues, les tempes et la moitié externe de la région sus-orbitaire présentent

des taches, et les orbites indemnes, sont ainsi entourés dans les trois quarts de leur circonférence comme par un cercle de lunette.

La lèvre inférieure présente plusieurs petites taches achromiques sur le rebord incarnat se prolongeant sur la face muqueuse par des taches blanchâtres, plus sèches à aspect de leucoplasie peu accentuée.

Une tache sur le pavillon de chaque oreille. Quelques toutes petites taches symétriques sur la lèvre supérieure et le menton.

Trois taches sur le cuir chevelu, sur la ligne sagittale, la première de 1 centimètre de diamètre, à un travers de doigt de la racine des cheveux, séparée par 2 centimètres de peau saine de la deuxième, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre ; la troisième, à 1/2 centimètre plus loin a environ 1 centimètre de diamètre. Au niveau de ces taches qui sont irrégulières, dépigmentées, hyperkératosiques, les cheveux sont très raréfiés, mais ceux qui subsistent sont normaux, noirs et adhérents.

De nombreuses taches se constatent en outre sur l'épaule, la face externe du bras et la moitié inférieure du bord externe de l'avant-bras droit. Une petite tache lenticulaire à la racine du pouce.

Même localisations à gauche.

Quelques éléments dans la région lombaire médiane et gauche.

Pied gauche : placard achromique avec bordure hyperchromique d'aspect vitiligineux au niveau du talon et débordant sur la moitié postérieure du bord externe du pied. Un placard achromique 3 centimètres de long sur 2 de large au centre de la plante. Un autre occupe toute la pulpe du gros orteil, remontant de chaque côté jusqu'à l'ongle.

Pied droit : même disposition sauf que le placard du talon et celui du milieu de la plante sont réunis.

Au niveau de ces placards des pieds, à part la décoloration, aucune altération de l'épiderme, pas de processus atrophique ni hyperkératosique. Ces lésions ont apparu 3 mois après celles de la face.

Pas de ganglions. pas de lésions des ongles.

Rien aux poumons ni aux divers appareils ; bien réglée ; sensibilité normale au niveau des lésions. Pas d'hyperesthésie au toucher, à la pression ni à la température.

Réaction de Bordet-Wassermann impossible.

Le traitement par la neige carbonique amène une amélioration, mais la malade quitte l'hôpital avant la fin du traitement.

Les deux observations publiées en Amérique, peu détaillées ne constituent pas, jointes à la nôtre, un matériel assez riche pour qu'il soit sage de tenter d'en dégager une description des particularités du lupus érythémateux chez le noir.

Nous insisterons seulement, comme retenant l'attention, sur les caractères suivants :

a) Le contraste (grotesque, dit Schamberg) entre les placards atrophiques, scléreux, blanc rosé, et le fond noir de la peau normale ;

b) L'état crétacé avec dilatation des pores folliculaires ;

c) La localisation ;

d) L'absence de lésions tuberculeuses ;

e) La fréquence plus grande chez la femme.

Nous serions heureux si la publication de ce cas amenait d'autres observateurs à apporter leurs remarques personnelles, dans l'espoir que cet aspect du problème pourrait contribuer à en faire trouver la solution.

BIBLIOGRAPHIE

1. Macleod. — Diseases of the skin. Londres, 1920.
2. Rufz. — Note sur la fréquence et la diversité des maladies de peau à la Martinique, *Bull. de l'Acad. Imp. de Méd.*, 24, 28 juin 1859, pp. 1051-1072
3. Morison Personnal observations on skin diseases in the Negro. *Med. news*, 53, 20 oct. 1888, pp. 439-434.
4. Blanc. — A review of five years of dermatological practice in New-Orleans. *New-York Med. Journal*, LV, 1892, pp. 281-287.
5. H. Fox. — Observations on skin diseases in the Negro. *J. cutan. dis.*, 26, 1908, pp. 67-79 et 109-121.
6. Schamberg. — Lupus erythematosus in a negress. *Philadelphia dermatological Soc.*, 10 oct. 1910 (in *J. of cut. dis.*, juin 1911, p. 362).
7. Weiss. — A case of lupus erythematosus in a negress. *Saint-Louis dermat. soc.*, 12 mars 1924 (in *J. of cut. dis.*, sept. 1924, p. 354).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VERRUCOSE GÉNÉRALISÉE (EPIDERMOPLASIA VERRUCIFORMIS)

Par le Docteur S. A. GLAUBERSOHN (Kieff).

La diversité des formes dans les manifestations des maladies cutanées les plus ordinaires et les plus fréquentes de la clinique courante peut parfois embarrasser même « einen erfahrenen Kliniker » (1) et provoquer même la description de nouvelles dermatoses, comme le remarque E. Hoffmann (1).

En 1922 MM. Levandovsky et Lutz (2) ont signalé une affection qu'ils croyaient n'avoir pas encore été décrite ; ils l'ont constatée en 1919 chez une malade de 29 ans, dont les parents étaient consanguins. A 17 ans cette malade a fait une pleurésie. Depuis son enfance on a noté des taches rougeâtres sur la peau du tronc et une abondance de pellicules sur la tête. Depuis deux ans il s'est formé sur le front deux tumeurs carcinomateuses.

L'examen de la malade a fait voir sur la peau de tout le corps une éruption formée de papules, petites et grandes de 1-2 centimètres, très serrées, confluant par places en plaques et formant en d'autres régions un dessin réticulé ; en certains endroits ces papules étaient isolées. Leur forme était ronde, ovale, ou polygonale. Elles étaient surélevées, à bords accentués, nettement délimités, la surface lisse ou couverte par places de squames minces blanc-grisâtre ou bien de squames plus épaisses, jaunâtres, graisseuses, lâches pourrait-on dire, s'exfoliant facilement et laissant à nu une surface plane à facettes. Suivant la localisation la couleur des papules variait du rose-pâle au rouge-bleuâtre. L'éruption prédominait au tronc, la peau entre les éléments était de couleur brunâtre et présentait une desquamation furfuracée très nette. Dans le dos les agglomérations squameuses manquaient sur les papules. La même éruption existait

sur les extrémités inférieures et supérieures ; sur ces dernières beaucoup de papules rappelaient les verrues planes et en un endroit elles avaient même une disposition linéaire, en ligne d'excoriations. Sur la figure, nombreuses taches éphélidiformes. Les joues présentaient une éruption lichénoïde et les paupières de l'œil droit des formations verruciformes.

Histologiquement : papilles étirées et allongées. Il n'y avait pas de changement dans la couche basale. Le str. Malpighien était élargi jusqu'à 10-12 couches, ses cellules offraient une augmentation de volume et une vacuolisation ; elles adhéraient intimement les unes aux autres, les ponts cellulaires manquaient. Les noyaux cellulaires étaient bien colorés et disposés pour la plupart près de la paroi cellulaire. Le str. granulosum manquait presque complètement. Le stratum cornéen était élargi, ses couches séparées, et il contenait beaucoup de petits noyaux ronds.

L'examen histologique de peau biopsiée à l'avant-bras ne montrait que de l'acanthose, sans les cellules vacuolisées sus-mentionnées.

Le diagnostic clinique des carcinomes du front était confirmé par l'examen microscopique.

En raison du tableau clinique et histologique (la dégénérescence vacuolaire), les auteurs rangent leur cas parmi les anomalies congénitales de la charpente cutanée et, vu la ressemblance de certains éléments éruptifs avec les verrues planes, ils désignent l'affection comme *Epidermodysplasia verruciformis* (E. v.).

M. Fuchs (3) pour confirmer cette communication publia dans le même numéro des *Archives* un cas analogue qu'il avait observé en 1916 ; ce cas était quelque peu moins prononcé que l'autre, et M. Fuchs le considérait comme un stade précoce de la même maladie (E. v.).

Il s'agissait également d'une jeune fille, âgée de 21 ans, dont les parents étaient eux aussi consanguins. Comme antécédents pathologiques une rougeole et deux pneumonies. Après la rougeole, 10 ans avant l'examen actuel, il se forma tout d'abord aux mains puis au cou et à la poitrine des éléments, qui persistaient encore au moment de l'examen pratiqué par M. Fuchs ; c'étaient des papules plates, à peine saillantes par places, de forme ronde ou polygonale, disposées soit isolément, soit par groupes, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un petit pois, à sur-

face lisse, lichénoïde par places, ou se desquamant légèrement. La couleur virait du bleu-rouge au brun-rougeâtre ou jaunâtre ; dans ce dernier cas les papules étaient couvertes de squames qui s'exfoliaient facilement (cou et poitrine).

Histologie : le str. cornéen n'était pas élargi ; il y avait une parakératose. Le str. lucidum était indistinct. Le str. granulosum manquait ; les cellules kérato-hyalines qu'on rencontrait par places présentaient les mêmes modifications que les cellules du str. Malpighien. Str. Malpighien : les cellules adhéraient intimement les unes aux autres, étaient vacuolisées, les noyaux étaient bien colorés.

En 1925 le japonais S. HIDAKA (4) publia son ouvrage sur la maladie de DARIER. Parmi les 8 cas personnels qu'il désignait sous le nom nouveau de « Verrucæ dyskeratoticæ congenitales » un cas était rapproché par E. HOFFMANN également d'E. v., qui n'est selon M. HIDAKA que le troisième type de la maladie de DARIER. Il s'agissait dans l'espèce d'une femme âgée de 43 ans présentant sur le ventre une éruption symétrique, formée de papules de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille et ressemblant aux verrues planes juvéniles.

Histologie : hyperkératose ; dans le str. granulosum et le str. Malpighien il y avait beaucoup de cellules vacuolisées. *C'était la présence de ces dernières qui a fait rapprocher ce cas d'E. v.*

En 1925 apparut encore un ouvrage japonais de R. MASUDA (5), qui traitait un cas d'affection analogue. Chez un homme de 47 ans, dont les parents n'étaient pas consanguins, on avait observé depuis l'enfance une éruption sur la tête. Au moment de l'observation par l'auteur l'éruption était généralisée à tout le corps. Elle était formée de papules verruciformes de la dimension d'un grain de millet à celle d'un haricot, de couleur rouge et rouge-foncé, plates, à bords accusés, pour la plupart polygonaux. Leur surface était couverte de petites squames graisseuses, furfuracées, sèches, par places d'un blanc grisâtre, d'un brun sale ou jaunâtre, se laissant enlever facilement. Sur les mains il y avait aussi des formations verruciformes. En outre, le front présentait un carcinome qui, au dire du malade, s'était développé aux dépens d'une verrue.

L'examen histologique faisait voir un tableau de vacuolisation cellulaire franchement prononcé et généralisé, analogue au tableau décrit par MM. LENANDOVSKY-LUTZ et FUCHS.

En 1926, Kogoj (6) a rapporté encore deux cas d'E. v. Dans le premier il s'agissait d'un homme de 20 ans. Dix ans auparavant, après une coqueluche, il eut une poussée de verrues ; dans la suite, en été, les verrues disparurent en partie. L'éruption consistait en des papules franchement délimitées, rondes ou polygonales, de la dimension d'un grain de millet à celle d'une lentille, de couleur chair ou brun foncé. Disposition isolée ou par groupes, linéaire ou circulaire par places. Sur certaines papules on notait des squames minces qui s'exfoliaient facilement.

Dans le second cas il s'agissait d'un homme de 35 ans tuberculeux en évolution qui présentait sur l'avant-bras des papules verruciformes, franchement délimitées, plates, rondes ou polygonales, de couleur brune, de la dimension d'un grain de millet.

Dans les deux cas l'examen histologique a montré une vacuolisation du réseau Malpighien et une rétraction des noyaux.

L'auteur considéra ses deux cas comme des verrues disséminées.

En 1926, E. Hoffmann publia un travail très intéressant consacré à la même question. Aux 6 cas mentionnés il ajouta deux observations personnelles.

Dans le premier cas de Hoffmann, une malade de 36 ans, tuberculeuse et issue de parents tuberculeux, présentait une éruption sur la figure, le cou, le tronc et les extrémités supérieures et inférieures. Sur l'avant-bras cette éruption consistait en des foyers plats, ronds et ovales, parfois polycycliques, dentelés, surélevés, lichénoïdes avec des squames minces d'un gris blanc, très adhérentes. On a pu observer un passage graduel de grands foyers, en partie confluents, en petites papules plates, verruciformes, dentelées, également surélevées, de couleur rouge-grisâtre. Au raclage les squames s'exfoliaient et au grattage avec la curette de Brocq on voyait pointiller des gouttelettes de sang rose-clair à peine perceptibles. Certains éléments avaient un caractère plus verruciforme et étaient aussi couverts de squames (qui s'exfoliaient). Une série d'éléments, disposés sur l'articulation radio-carpienne gauche et formant, à force de confluer, une surface verruqueuse, se transformaient graduellement en verrues vulgaires de la paume. De même, sur la paume, les doigts et sous les ongles on constatait une série de verrues vulgaires. C'est là aussi qu'étaient situées des verrues plates disposées en un cercle à centre déprimé du type Heloder-

miæ Vörneri. On observait, en outre, sur l'avant-bras des foyers verruqueux à disposition linéaire qui offraient également un passage graduel vers les verrues vulgaires. Sur les épaules, le cou, la poitrine, il y avait une rangée d'éléments jaune-brunâtre qui ressemblaient à des verrues planes. De même les extrémités inférieures offraient, outre une éruption brun pâle, des verrues vulgaires. La figure présentait des foyers serrés gris-brun et aussi des verrues vulgaires à la lèvre supérieure et aux paupières. A la tête on notait de la séborrhée grasse. Les inoculations au malade et à d'autres sujets sains des particules d'une papule enlevée à l'avant-bras restèrent négatives. Malgré l'application de traitements divers, l'éruption resta dans le *statu quo*.

L'examen histologique d'une papule de l'avant-bras a montré que corium et str. basilaire ne présentaient pas de modifications. Le Str. Malphigien était élargi; ses cellules étaient vacuolisées. Le str. granulosum présentait une réduction, et le str. cornéen un élargissement; il y avait de la parakératose.

Les verrues planes et vulgaires offraient le tableau histologique habituel; dans les dernières on trouvait aussi des cellules vacuolisées.

L'examen histologique de la papule temporale fit voir des modifications insignifiantes dans le str. cornéen; le str. granulosum était conservé; le str. Malpighien modérément élargi, contenait peu de vacuoles. C'est ici même qu'on a découvert profondément dans la peau des agglomérations cellulaires du str. Malpighien en connexion avec la couche basale (d'après E. Hoffmann, c'est, le cas échéant, le prototype plausible de l'épithéliome).

De même l'examen des verrues plates à type Helodermiæ annularis Vörneri a révélé une dégénérescence vacuolaire des cellules du str. Malpighien.

Le second cas de Hoffmann concernait un homme de 66 ans qui depuis l'âge de 17 ans présentait des verrues aux mains. En l'espace de quelques mois un groupe de verrues situées sur les faces dorsales des mains se transforma en une tumeur non ulcérée sur une main et en un ulcère carcinomateux sur l'autre main. En plus, la face dorsale des mains et des doigts présentait beaucoup de verrues plates et vulgaires de dimensions diverses. Leur couleur passait du jaune translucide au brun rougeâtre. Aux paumes des mains il y avait des verrues vulgaires. La face palmaire des

doigts offrait des groupements de verrues à type Helodermiæ Vörneri et celle de l'index un groupe de verrues vulgaires. En plus, il y avait sur les extrémités supérieures des disques plats polycycliques, de couleur jaune brunâtre ou rouge bleuâtre, rappelant les verrues séniles et qui s'exfoliaient. Ces disques offraient des passages graduels vers les verrues planes. La poitrine présentait des papules verruqueuses plates peu nombreuses à nuance brune, le cou et le menton des papules nombreuses (à type de verrues plates). A l'angle droit de la lèvre inférieure et aux sourcils il y avait aussi des verrues vulgaires. En outre, la face présentait beaucoup de disques plats, ronds et dentelés de couleur brun rougeâtre, rappelant les verrues planes. Sur le cuir chevelu une partie de ces disques était couverte de pellicules graisseuses. Sur les extrémités inférieures il y avait des verrues planes peu nombreuses.

Le tableau histologique était identique à celui du premier cas de Hoffmann. En raison du fait que l'E. v. était constamment combinée aux verrues plates et vulgaires avec formes de passage intermédiaires, en raison aussi de ce que la vacuolisation cellulaire (bien que peu répandue) se rencontrait également dans les verrues vulgaires, M. Hoffmann considérait l'E. v. comme de la verrucose généralisée avec un tableau clinique et histologique particulier.

Nous nous croyons autorisés à ajouter aux cas sus-mentionnés celui que nous avons observé à la Section Dermatologique de la Polyclinique centrale de la Société Ukrainienne de la Croix Rouge.

La malade âgée de 52 ans, provient d'une famille saine. Les parents n'ont pas été consanguins. Il n'y avait pas de cas de tuberculose dans la famille. En fait de maladies d'enfance la malade a eu la rougeole et la varicelle. Les menstrues ont apparu à 16 ans et ont continué jusqu'au mois de juillet 1926. Il y avait eu 5 grossesses dont 4 ont été interrompues artificiellement. Il y a 7 ans la malade a fait une pneumonie, après quoi elle a vu apparaître l'éruption actuelle.

Etat actuel : La malade est de taille moyenne, en état de nutrition satisfaisant, la musculature et le squelette osseux sont bien développés. Les deux jambes sont œdématiées. Organes intérieurs (Docteur Solotoverchovnikoff) : rétraction cicatricielle du sommet du poumon droit à la suite d'une atteinte tubercu-

leuse antérieure. Cœur : sclérose, aortite, myocardite. Le foie est augmenté de deux travers de doigts.

Le système nerveux ne présente pas de particularités notables.

Genitalia : Climax. Perimetritis adhæsiva chronica.

R. W. et M. D. M. (sang) sont négatives.

L'examen morphologique du sang a montré : érythrocytes 4.300.000 ; hémoglobine 85 o/o ; leucocytes 9820 (neutrophiles segmentés 64,6 o/o, en bâtonnets 6,1 o/o ; éosinophiles 2,3 o/o ; lymphocytes 20,8 o/o, monocytes, 6,2 o/o).

Urines normales.

Peau : la face dorsale des deux mains et la face antérieure des avant-bras présente des papules rouge-brunâtres, disposées isolément, parfois aussi par groupes, rondes et polygonales, à peine surélevées, de la dimension d'un grain de millet à celle d'une lentille. La face offre des papules semblables couvertes de squames minces, grisâtres, se laissant racler facilement. La tête abonde en pellicules graisseuses. Sur le cou il y a beaucoup d'éléments verruqueux, filiformes, de couleur gris-sale. Le dos présente des papules qui d'après leur aspect clinique et leur localisation (entre les omoplates) sont identiques aux verrues séniles. Il y a, en plus, sur le dos, des papules surélevées, à bords à pic, de la grosseur d'une lentille à celle d'un petit pois, disposées soit isolément, soit par groupes, de couleur gris-jaunâtre, jaune-brunâtre et rouge-brunâtre, de forme ronde, ovale ou polygonale. Par places les papules offrent un caractère lichénoïde, en d'autres endroits elles sont couvertes de squames assez épaisses, gris foncé, s'exfoliant facilement. Les faces latérales de la cage thoracique, les faces internes des deux glandes mammaires, la moitié inférieure droite du ventre et le pubis présentent des papules du même type, de même grandeur et disposées de la même façon que celles du dos. Notons qu'une série d'éléments situés sur la moitié droite du ventre se rapprochent par leur tableau clinique des verrues séniles.

Sur la face antéro-interne des deux cuisses dans leur tiers supérieur et près de la région fessière droite on voit une série d'éléments isolés, de forme ovale et ronde, de la grandeur d'un petit pois jusqu'à celle d'un haricot, de couleur rouge-brunâtre et rouge-bleuâtre, couverts de squames lamelleuses lâches. Ces squames se laissent facilement racler, laissant à nu une surface brillante à facettes.

L'examen histologique (1) d'une papule biopsiée au-dessus de la fesse droite a permis de constater que le stratum cornéen montre une hyperkératose modérée. Le str. lucidum et le str. granulosum manquent. De cette façon il y a un passage immédiat du str. cornéum au str. Malpighien qui est inégalement élargi et acquiert par places une épaisseur de 10 couches. Les cellules du str. Malpighien sont vacuolisées et adhèrent intimement les unes aux autres ; les ponts cellulaires manquent. Les noyaux cellulaires bien colorés, sont situés pour la plupart au centre, parfois près de la paroi cellulaire. Des inclusions cellulaires n'ont pas été notées. La couche basale est conservée, on y trouve aussi des cellules vacuolisées. Les papilles sont pour la plupart étirées, par places elles sont aplaties. Dans le chorion on trouve par places une infiltration périvasculaire très modérée à petites cellules.

(Naturellement nous avons demandé à la malade l'autorisation de biopsier encore une série d'éléments pour l'examen histologique, mais elle a refusé net).

Les tableaux clinique et histologique nous autorisent donc de rapprocher notre cas de l'Epidermodysplasia verruciformis décrite par MM. Levandovsky et Lutz (2).

Jusqu'ici il n'a été décrit que 9 cas de l'E. v., le nôtre y compris. 5 hommes et 4 femmes en ont été affectés. Comme il résulte de notre mémoire, l'affection a débuté soit en bas âge, soit à l'âge mûr, dans certains cas à la suite de maladies antérieures (rougeole, coqueluche, pneumonie), dans d'autres cas en rapport avec un refroidissement, etc.

Dans 5 cas, y compris le nôtre, on notera l'hérédité tuberculeuse, dans 3 cas le cancer. Dans 2 cas on a indiqué la consanguinité des parents.

Dans notre cas, en plus de l'éruption de l'E. v., il y avait aussi des verrues séniles. Ces dernières au point de vue clinique et histologique (Jesionek (7), Freudenthal (8)) se distinguent des verrues vulgaires et planes. Les verrues séniles apparaissent en général à l'âge mûr et d'après P. V. Nikolsky ce sont éventuellement des résultats de modifications séniles dégénératives. D'après Jesionek (7) les verrues séniles ne représentent pas une unité

(1) A ce sujet j'exprime mes vifs remerciements au docteur G. I. Kriatkovsky et au docteur Jurkewitsch.

nosologique indépendante, mais forment la première phase de la maladie carcinomateuse. MM. Kaposi (9), Welsch (10) et d'autres indiquent que des verrues séniles peuvent dégénérer en cancer. M. Jackson (11) s'oppose en général au traitement des verrues séniles vu leur tendance à la dégénérescence maligne. M. Freudenthal (8) fait remarquer que bon nombre d'auteurs ne font presque pas de distinction entre les verrues séniles et les kératomes et démontre que ces dernières seulement sont capables de subir une dégénérescence carcinomateuse. E. Hoffmann (1) émet l'hypothèse que les kératomes, les verrues séniles et la verrucose généralisée de longue durée ne forment qu'une affection précancéreuse de la peau.

Même, au point de vue étiologique, les verrues séniles sont apparemment proches des verrues vulgaires et planes et ne se distinguent de ces dernières que *par le terrain* où elles évoluent. Le fait que les verrues séniles sont plutôt plus répandues que les verrues vulgaires et planes semble parler en faveur de l'opinion que l'organisme sénile jouit d'une moindre force de résistance à l'égard de l'infection sous la forme de verrucose, que l'organisme jeune (néanmoins il faut avouer qu'en attendant les inoculations des verrues séniles ont échoué) (1).

Une série d'ouvrages extrêmement intéressants, principalement ceux de Lipschütz, les résultats positifs des greffes des verrues vulgaires pratiquées par MM. Jadassohn (17) et Variot (18), enfin les observations quotidiennes parlent en faveur de l'origine infectieuse des verrues. On ne s'étendra pas ici sur la question de l'identité du virus des divers types des verrues et si l'infection en question doit être considérée comme un virus filtrant ou quelque autre agent; de même nous ne parlerons pas de toutes les voies possibles d'infection verruqueuse; faisons seulement remarquer, qu'en dehors de la localisation, des propriétés de la peau, de l'immunité locale et générale qui sont d'importance pour la formation de divers types de verrues, E. Hoffmann (1) a émis l'hypothèse de leur propagation par la voie lympho-hématogène. Selon cette hypothèse, chez les individus particulièrement prédisposés l'infection lympho-hématogène peut amener l'apparition de verrues de forme affaiblie de même que de types tout à fait particuliers. Cette hypothèse est très tentante, mais naturellement elle manque encore de preuves. Kogoj (6) admet également la propagation éventuelle des verrues par voie hématogène.

Nous croyons que les faits exposés plus haut et notre propre observation, bien qu'unique, nous autorisent à nous ranger du côté de M. Hoffmann et de M. Kogoj qui placent l'E. v. dans la catégorie des verrucoses généralisées.

Ces dernières sont surtout connues des dermatologistes *de l'école française*. MM. Gémy (14), Darier (15), Thin (16) ont publié des cas analogues, et dans *la Pratique Dermatologique* il y a un dessin s'y rapportant.

Ainsi peut-on souligner une fois de plus, de quelle façon diverse sont susceptibles de se manifester les maladies les plus ordinaires et les plus répandues.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hoffmann E. *D. Z.*, Bd. 48, H. 5/6 ; 2. Levandovsky u. Lutz. *A. f. D. u. S.*, Bd. 141, page 193 ; 3. Fuchs, *ibidem,* page 225 ; 4. Hidaka. Refer. *D. W.*, Bd. 82, Refer. Russ. W. *Derm.*, vol. 3, Ref. *An. de D. et de S.*, 1927, 1 ; 5. Masuda, Ref. *D. W.* Bd. 83 et d'après Hoffmann ; 6. Kagoj d'après Hoffmann et Ref. *D. W* Bd. 83 ; 7. Iesionek. *Biologie der ges. u. Kranken Haut*, 1916 *Vogel's Verl. Leipzig* ; 8. Freudenthal, *A. f. D. u. S.* Bd. 152, H. 2 ; 9. Kaposi. *Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten,* 1899 ; 10. Welsch, cité d'après Freudenthal ; 11. Jacksohn, Refer. *Russ J. Kojn. i. vener. bol.* 1904, v. VIII ; 12. Lipschütz, *A f D. u S* Bd. 148 ; 13. Jadassohn, cité d'après Ioseph, *Mracek's Handbuch für Hautkrankheit,* Bd. III ; 14. Gemy, cité d'après Hoffmann ; 15. Darier, cité d'après Hoffmann ; 16. Thin, cité d'après Hoffmann ; 17. *Pratique Dermatologique,* vol. IV ; 18. Darier, *Précis de Derm.*, 1923, page 278.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1927.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Epine sous-calcanéenne et blennorrhagie, par R. Barthélemy. *Annales des maladies vénériennes*, 22e année, no 12, décembre 1927, pp. 889-891 (1 fig.).

La talalgie blennorrhagique est couramment attribuée en France à l'ostéite proliférante sous calcanéenne. Mais, dit B., d'une part, la talalgie peut exister sans aucune exostose, et d'autre part il peut y avoir exostose sans blennorrhagie et sans douleur. Certains auteurs ont protesté contre cette étiologie exclusive. B. a eu l'occasion de découvrir sur une radiographie faite à l'occasion d'une fracture tibiale inférieure une épine sous-calcanéenne particulièrement développée et opaque, absolument latente qui n'avait donné lieu à aucun phénomène douloureux, et dans ce cas il ne semble pas que l'étiologie gonococcique puisse être démontrée clairement. H. Rabeau.

Les crises radiculaires du tabès, par Dujardin. *Annales des maladies vénériennes*, 22e année, no 12, décembre 1927, pp. 881-888.

Il y a un intérêt pratique évident à essayer d'élucider la pathogénie des crises radiculaires du tabès. Qu'elles aient pour cause primordiale ainsi que l'a montré Nageotte les modifications inflammatoires subies par les racines médullaires, il n'en reste pas moins que bien souvent l'infection syphilitique semble éteinte sans que pour cela les crises aient diminué de fréquence ou d'intensité. De ses expériences et des faits qu'il lui a été donné d'observer D. a pu tirer deux notions connexes : celle de l'augmentation de la perméabilité vasculaire des territoires enflammés et celle de l'hyperpexie. Toute toxine du sang sera déversée en excès vers les racines et y sera énergiquement retenue. Tout poison quel qu'il soit pourra donc déclancher la crise. Le traitement spécifique a une action favorable sur les crises, mais l'influence syphilitique n'étant plus seule en cause il faut songer à agir sur toutes les actions toxiques concurrentes En cas de disparition de tout signe humoral-rachidien le traitement spécifique pourra être une erreur préjudiciable. Il faut se souvenir avant tout qu'un semblable tabétique est un intoxiqué du fait de son insuffisance hépatico-rénale et que ses racines sont hypersensibles aux poisons du fait de leur hyperpexie. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie (Paris).

Tumeurs multiples sur lupus de la face, par G. Milian, L. Périn, et J. Delarue. *Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie*, 3e année, no 12, décembre 1927, pp. 614-617, 1 planche.

Observation d'un lupus très ancien sur lequel se développa une tumeur tardivement ulcérée ayant l'aspect d'un épithélioma. L'histologie montra un fibroléiomyome. Extirpation et greffe avec succès, en pleine nappe tuberculeuse d'un fragment de peau dorsale.

Un an plus tard, apparition d'un épithélioma spino-cellulaire en un autre point du lupus. A. Bocage.

La dermatite des boulangers, par A. Starobinski. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 3e année, no 12, décembre 1927, pp. 618-619.

Observation d'un cas de cette affection prise pour de l'eczéma. L'examen du liquide des vésicules montra des filaments mycéliens. Guérison facile par la teinture d'iode. A. Bocage.

L'acétate de thallium comme moyen épilatoire, par M. Mgeubroff et Landesmann. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 3e année, no 12, décembre 1927, pp. 587-602.

L'auteur commence par une revue générale des faits publiés à la suite des travaux de Sabouraud qui, on le sait, abandonna ce médicament en raison de sa toxicité. L'auteur dans ses essais personnels sur 62 malades a employé le thallium par voie buccale à la dose de 7 à 9 milligrammes par kilogramme, 23 d'entre eux présentèrent des accidents d'intoxication : perte de l'appétit, douleurs abdominales et articulaires, difficulté de la marche. Un seul fit des accidents graves qui durèrent 28 jours. Aucun n'eut d'albumine ; pas d'action constante sur la formule sanguine. Bonne épilation dans 25 cas, au cours de la 2e semaine avec repousse rapide au bout de 2 semaines environ.

Dans certains cas des applications radiothérapiques furent combinées avec le thallium.

Le nombre des récidives de teignes est supérieur à 17 sur 62 (27 o/o alors que la radiothérapie donne 5 à 6 o/o). Les échecs viennent d'épilation incomplète respectant des touffes de cheveux, et de la rapidité de la repousse des cheveux.

L'article se termine par une bibliographie importante.

A. Bocage.

Erythromélie de Pick avec leucokératose lichénoïde linguale et jugale, par Zimmern, Gougerot, L. Huet et P. Merklen. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 3e année, no 12, décembre 1927, pp. 603-610, 2 planches.

Observation très détaillée dans laquelle il faut relever : le début par phénomènes généraux rhumatoïdes et apparition asymétrique des lésions cutanées qui évoluèrent en 4 stades : 1° érythémateux ; 2° éry-

thémato squameux ; 3° atrophie avec desquamation et infiltration ; 4° atrophie avec érythème cyanotique.

Il existait un vespertilio de la face et des lésions lichénoïdes de la langue et des joues. A. BOCAGE.

Presse Médicale (Paris).

La coxite gonococcique; contribution à l'étude de ses formes cliniques (2 fig.), par L. LANGERON et J. BELCOUR. *Presse médicale*, 36e année, n° 6, 21 janvier 1928, pp. 83 85.

Mondor dans son rapport au Congrès de chirurgie 1926, a remarquablement étudié la coxite gonococcique. Les auteurs publient l'observation très intéressante d'une jeune femme présentant un rhumatisme gonococcique polyarticulaire rapidement localisé à la hanche gauche où s'installent des lésions osseuses considérables aboutissant au bout de 2 mois à une luxation pathologique A partir du 12e jour tentative de traitement par le vaccin, sans résultat. A partir de la 7e semaine autohémothérapie. Chute de la température, disparition rapide des douleurs ; arrêt des lésions osseuses déjà parvenues à la subluxation. Extension continue, réparation des surfaces articulaires et réduction de la luxation, restauration fonctionnelle assez bonne. Après avoir montré les divers aspects que peut prendre la coxite gonococcique, les auteurs pensent qu'ils peuvent tirer les lignes de conduite suivantes : 1° en présence de toute arthrite aiguë ou subaiguë de la hanche rechercher systématiquement le gonocoque par tous les moyens. Sa présence imposera la thérapeutique. Recourir alors à la sérothérapie et à l'autohémothérapie ; 2° si le diagnostic de localisation coxofémorale gonococcique est posé, pratiquer l'examen radiologique précoce de façon à éviter les complications qui font si sombre le pronostic : la luxation et l'ankylose. Traction continue dès le début et mobilisation dès la chute des phénomènes aigus, permettront d'empêcher leur apparition. H RABEAU.

A propos de l'étiologie de l'érythème polymorphe infectieux contagieux et épidémique, par C. LEVADITI *Presse médicale*, 36e année, n° 5, 18 janvier 1928.

En 1925 Levaditi, Nicolau et Poincloux réussirent à isoler un stylobacille du sang et des papules cutanées d'un cas d'érythème polymorphe aigu infectieux avec polyarthralgie et angine. Ce cas resta isolé. En 1926 Place, Sutton et Wilner observèrent à Haverhill (Massachusetts) une épidémie d'érythème infectieux (60 cas environ), au cours de laquelle Parker et Hudson isolèrent dans 62 o/o des cas un microbe absolument identique à celui décrit par L. On doit donc considérer, dit L., le microbe comme l'agent étiologique spécifique d'une maladie infectieuse contagieuse et épidémique entrant dans le cadre nosologique si complexe et si mal défini des érythèmes polymorphes. Il devra conserver sa dénomination première de *streptobacillus moniliformis*.

H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

Sur un cas de paraplégie spasmodique, type Marfan, observé chez un garçon de 9 ans syphilitique héréditaire, par M. Péhu et J. Malatre (de Lyon). *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 1, 5 janvier 1928.

Ces cas sont rares puisqu'il n'en a été publié qu'une dizaine. L'observation publiée par les auteurs porte sur une période de 5 ans. Début tardif à l'âge de 4 ans, chez un enfant dont jusque-là la marche avait été normale. Les signes de spasmodicité peu intenses d'abord ont été en augmentant peu à peu entraînant cette démarche particulière comparable à celle des gallinacées. Déformation des membres inférieurs, rétraction du tendon d'Achille, *genu recurvatum*. Il n'y a pas de kératite interstitielle mais une inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson. Les antécédents maternels, l'existence d'une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien chez l'enfant permettent d'affirmer l'origine hérédo-syphilitique. Les diverses médications antisyphilitiques semblent sans grande action. On peut noter des régressions limitées, mais la maladie reprend vite son évolution envahissante. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Faut-il toujours traiter les vieilles syphilis nerveuses? par C. Heuyer (Discussion Sicard, Sézary, Flandin). *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 1, janvier 1928, pp. 23 à 31.

H. relate quelques observations de malades chez lesquels le traitement spécifique institué loin de donner d'heureux résultats a été l'occasion d'accidents. Il s'élève contre cette médication systématiquement installée et poursuivie chez des malades syphilitiques de vieille date dont les viscères ont pu par ailleurs être touchés. Il critique les résultats de cette médication dans un certain nombre de cas. Il demande d'étudier soigneusement les fonctions hépatiques et rénales et d'interrompre le traitement au moindre incident. Au fond il ne saurait y avoir de règle générale il y a surtout des cas d'espèce. — M. Sicard fait remarquer qu'il faut se garder de tout esprit systématique ; il faut distinguer les neuropathies chroniques dont l'étiologie syphilitique est certaine, et les neuropathies chroniques dont le point de départ causal reste imprécis. Pour ces derniers en cas d'amélioration par un traitement spécifique il faut savoir ne pas insister, et ne pas conclure, l'amélioration est souvent passagère et il survient un temps où la neuropathie reprend son évolution. Il estime que les hautes doses sont souvent nocives et néfastes. Il ne peut y avoir de traitement univoque antisyphilitique, mais une thérapeutique d'opportunité individuelle — M. Sézary n'a pas observé comme H. de résultats désastreux Il faut étudier ses malades et savoir quel traitement ils sont capables de supporter. Mais le traitement spécifique reste pour

lui une arme souvent bienfaisante et merveilleusement efficace. C'est aussi l'avis de M. Flandin qui critique vivement les observations de H. capables de jeter le doute dans l'esprit du médecin et de priver les malades de cette thérapeutique à laquelle il ne faut demander que ce qu'elle peut donner. H. Rabeau.

Efficacité des traitements arsenicaux intensifs et prolongés dans les anévrysmes syphilitiques, par M. Pinard. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 3e série, 43e année, nº 38, 5 janvier 1928, pp. 1711-1716.

P. fait remarquer combien il sera souvent difficile d'établir une ligne de démarcation entre ce qui dépend de la syphilis et ce qui lui est étranger. Le traitement d'épreuve sera la seule ressource dont les cardiologues ne voudront pas se priver. Il se montre résolument partisan des hautes doses arsenicales, estimant que seules elles peuvent dans certains cas donner des résultats, que les thérapeutiques craintives n'obtiendront jamais. Il publie deux observations de ces faits. MM. Hallé, Sicard, Caussade pensent que bien souvent des thérapeutiques moins actives sont capables de fournir d'heureux résultats.

H. Rabeau.

Notes sur le taux des protéines du sérum sanguin au cours de l'eczéma des nourrissons, par M. Ribadeau-Dumas et M. et Mme Max. M. Lévy. *Bulletins et mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 44e année, nº 2, 26 janvier 1928, pp. 51-56.

Les auteurs ont été frappés chez les jeunes enfants atteints d'eczéma typique banal, vésiculeux et suintant, de l'exsudation, souvent très abondante de sérosité albuminoïde et de la facilité avec laquelle quelques-uns de ces sujets font de l'œdème. Ces faits les ont conduits logiquement à l'étude des protéines. Les résultats de leurs analyses leur ont révélé un fait fondamental : l'hypoprotéinémie des eczémateux, l'abaissement de ce taux va de 38 o/o jusqu'à 50 o/o dans un cas. Il y a donc un trouble du métabolisme azoté sur lequel on ne peut formuler que des hypothèses. Il y a-t-il trouble par déficience quantitative ou qualitative, une diminution dans le pouvoir d'utilisation de l'azote ? Au moins ces résultats permettent d'orienter les recherches. Les auteurs ont obtenu de bons résultats thérapeutiques à l'aide de régimes comportant : protéines, graisses et hydrates de carbone, régimes aussi variées que possible et riches en vitamines.

H. Rabeau.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Atrophie optique liée à une méningite hérédo-syphilitique de la base, par L. Babonneix. *Archives de médecine des enfants*, t. XXX, nº 12, décembre 1927, pp. 697-718.

8 observations de l'auteur, qui rappelle en outre quelques autres cas publiés de divers côtés, montrant que cette affection est moins rare qu'on ne le croyait autrefois.

L'atrophie optique résulte soit de compression du nerf, soit plus souvent de propagation dans sa gaine de l'inflammation méningée.

Elle reste rarement isolée : tôt ou tard au cours de son évolution apparaissent d'autres accidents : paralysie générale, tabès, syphilis cérébrale, encéphalopathie infantile.

Elle est quelquefois améliorable par le traitement (arsenical) à sa phase initiale. A. Bocage.

Le Sang (Paris).

Sur la valeur de l'éosinophilie dans les dermatoses bulleuses et spécialement dans la dermatite herpétiforme de Duhring, par Mlle O. Eliascheff. *Le Sang*, 2e année, no 1, 1928, pp. 1-3.

De 17 observations personnelles l'auteur conclut que l'éosinophilie n'est pas constante dans la maladie de Duhring, et que l'éosinophilie se rencontre dans d'autres dermatoses (pemphigus), ainsi que cela a été noté souvent : 8 fois éosinophiles dans le sang et les bulles, 4 fois aucune éosinophilie. Il n'y a pas parallélisme entre ce symptôme et la marche de la maladie ; les éosinophiles diminuent dans les bulles quand le pus augmente. A. Bocage.

Lyon Médical.

Gommes cutanées tuberculeuses multiples à type sporotrichoïde sans adénopathie, par Gaté et Christy. *Lyon Médical*, t. CXLI, no 3, 15 janv. 1928, p. 72.

Observation qui met en valeur une forme particulière de tuberculose cutanée gommeuse sur laquelle les auteurs lyonnais ont à plusieurs reprises, attiré l'attention.

Cette observation montre de plus que la réaction Wassermann peut entraîner le clinicien à faire fausse route et certains critères comme l'adénopathie satellite dans la tuberculose peuvent être mis en défaut.

Jean Lacassagne.

Maigreur d'origine hérédo-syphilitique, par Mouriquand, Bernheim et Lesbros. *Lyon Médical*, t. CXLI, no 3, 15 janv. 1928, p. 67.

On peut constater chez des enfants un état de maigreur qui ne peut être expliqué par aucune lésion viscérale. Par contre, tant au point de vue héréditaire que personnel, l'hérédo-syphilis est constatée chez ces malades et c'est elle qui doit être incriminée à la base de cet état dystrophique.

L'épreuve thérapeutique fortifie cette idée de l'origine syphilitique. Il y a donc intérêt à faire systématiquement des traitements chez les enfants maigres.

Ces états de maigreur paraissent assez fréquents d'après les auteurs.

Jean Lacassagne.

Traitement de quelques dermatoses par les injections d'eau d'Uriage, par Jourdanet. *Lyon Médical*, t. CXLI, no 3, 15 janv. 1928, p. 61.

L'injection intramusculaire ou intraveineuse d'eau d'Uriage don-

nerait de bons résultats dans le lichen plan, le psoriasis et parfois dans l'eczéma.

Si cette thérapeutique n'est pas toujours très efficace, elle a du moins l'avantage de ne pas être nuisible, puisque l'eau d'Uriage peut-être considérée comme un sérum. JEAN LACASSAGNE.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un nouveau cas de dermatofibrome progressif ou fibrosarcome (Darier) ou dermatofibrosarcome protubérant (E. Hoffmann) (Ein neuer Fall von Dermatofibrome progressif ou fibrosarcome (Darier) bzw. Dermatofibrosarcoma protuberans), par O KIESS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 1, 7 janvier 1928, p. 1 (avec 9 figures dans le texte).

Une observation de la lésion décrite par Darier et étudiée par E. Hoffmann. Il s'agit d'un homme de 28 ans, dont la maladie avait débuté 18 mois auparavant. La lésion développée au-dessus du pubis avait acquis le développement de la paume d'une main d'enfant. Au microscope, structure décrite par les précédents auteurs, sans dégénérescence muqueuse, ni cellules géantes. Extirpée, la lésion n'avait pas récidivé 8 mois plus tard. K. connaît 26 observations de cette maladie. Il se rallie à l'opinion de Darier qui a indiqué une origine périvasculaire sanguine de la néoplasie. CH. AUDRY.

Un cas de kraurosis du pénis associé à des taches blanches du scrotum (Uber einen Fall von kraurosis Penis be Igleichzeitigem Bestehen von Weissflecken am Skrotum), par J. FABRY *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 1, 7 janvier, p. 7 (avec une figure).

Musicien de 35 ans porteur d'un phimosis congénital, de kraurosis du pénis, et d'un carcinome superficiel du gland, chez lequel il existait en outre des taches blanches du scrotum. Pas de syphilis.

L'examen histologique est confirmatif. La nature des taches blanches du scrotum, atrophiques, est douteuse, probablement non sclérodermique Il est vraisemblable que toutes ces associations sont d'origine germinatives ; le carcinome étant secondairement développé sur le kraurosis précancéreux. Mais F reconnaît que la signification des taches blanches reste indécise CH. AUDRY.

Sur les formes à gros nodules de la lupoïde miliaire (Bœck) et sur sa distinction d'avec l'angiolupoïde (Brocq-Pautrier) (Zur Klinik der grosskudigen Form des Bœckschen Miliarlupoids, insbesondere zur Frage ihrer Abgrenzung von Angiolupoid (Brocq-Pautrier), par F. PREISS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI. n° 1, 7 janvier 1928. p. 9

Une femme de 45 ans, réagissant à la tuberculine, porteuse de cicatrices ganglionnaires du cou, présente depuis 30 ans une tumeur végétante du maxillaire inférieur, une infiltration diffuse de la joue gauche, semée de petits nodules et portant un certain nombre d'infiltrats très saillants, circonscrits non ulcérés. Au microscope, granulome (au sens de bourgeon charnu) dans la masse végétante gingi-

vale, granulome tuberculoïde dans les lésions cutanées. P. différencie ces lésions de l'angiolupoïde par la forme clinique (localisations, etc.) par l'absence de néoformation capillaire, etc. Il pense que les lésions de la gencive et celles de la peau ne sont pas les mêmes. Il admet que le lupoïde miliaire de Bœck peut aboutir à des formations exubérantes, et conclut que l'assimilation à la tuberculose de ces lésions n'est nullement établie, et qu'on pourrait mieux admettre une origine bactérienne d'une autre nature indéterminée. Ch. Audry.

L'exanthème salvarsanique est-il un agent non spécifique de guérison ? (Ist das Salvarsan exanthem ein unspezifischer Heilfaktor ?), par Blut. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 1, 7 janvier 1928, p. 20.

On a souvent admis que la production d'un exanthème septique dû au salvarsan joue parfois un rôle favorable dans l'évolution ultérieure d'une syphilis. Dans le cas présent, il s'agit d'un garçon de 13 ans qui à 3 reprises avait déjà présenté des poussées bulleuses sur les extrémités (éosinophilie notable à 14 o/o). A la suite de deux injections de 0,15 de néosalvarsan, il présente une dermatite arsenicale érythémateuse à peu près généralisée, à la suite de laquelle toutes les manifestations bulleuses disparurent en peu de jours.

Ch. Audry

Quelques nouvelles colorations des spirochètes (Uber einige neue Spirochätenfärbungen), par M. Gutstein et D. R. Dhar. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 2, 14 janvier 1928, p. 45 (3 fig. dans le texte).

Les auteurs rangent les méthodes de coloration des spirochètes en trois groupes : coloration avec mordançage, double coloration et coloration supravitale.

1° Mordançage aux sels de fer et de chrome, puis au tannin, puis coloration avec une couleur basique.

Technique : à quelques millimètres cubes d'une solution concentrée de sulfate de fer, de sulfate chromique ou d'alun de chrome (Pas de taux de concentration indiqué !), mélanger les spirochètes vivants ; étaler sur la lame, sécher et fixer à la chaleur ; laver à fond dans l'eau distillée et faire agir pendant 5 minutes une solution de tannin à 30 o/o ; laver à fond et colorer 3-5 minutes avec solution de violet de méthyle au 1 o/o.

2° L'étalement de spirochètes est fixé à la chaleur et à l'alcool, puis coloré 2-5 minutes (jusqu'à l'ébullition) par la solution de Ziehl. Laver à fond dans l'eau. Traiter pendant 3-5 minutes par une solution de tannin à 5 o/o. Laver et traiter par une solution à 10 o/o de tartrate d'antimoine et de potassium pendant 5 minutes et enfin traiter par une solution au 1 o/o de bleu de méthylène

3° Délayer dans un goutte de sérum physiologique une öse de spirochète ; étaler et traiter par 2-5 öses d'une solution de bleu de Victoria (B, 4R, R) et recouvrir d'une lamelle. L. Chatellier.

Essais avec les vapeurs de formol dans le traitement de l'uréthrite aiguë et chronique (Ueber Versuche mit Formalindämpfen bei der Behandlung der akuten und chronischen Urethritis), par J. Monis. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 2, janvier 1928, p. 110.

Grâce à un appareil de sa fabrication, M. traite les uréthrites gonococciques par des insufflations d'air surchargé de vapeurs de formol à 40°-50°. Urèthre antérieur et urèthre postérieur sont traités par cette méthode. Chaque insufflation dure 10 minutes. Guérison des uréthrites aiguës en une semaine ; des uréthrites chroniques en 4-5 jours. L. Chatellier.

Recherches expérimentales et étude clinique du trépársol dans la syphilis (Ergebnisse experimentellen und Klinischen Studiums des Treparsols bei Syphilis), par S. Orlow et N. Smellow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIV, nos 2 et 3, 14 et 21 janvier 1928, pp. 54 et 100.

Après un résumé des travaux antérieurs de C. Simon, et d'autres auteurs, O. et S. donnent les résultats qu'ils ont obtenus chez le lapin syphilisé expérimentalement : chez cet animal, les doses curatives se rapprochent beaucoup plus des doses toxiques que pour le stovarsol, si l'on veut constater une véritable action curative.

Chez l'homme, l'action curative paraît inférieure à celle du néosalvarsan sur le spirochète : il a fallu un temps variant de 1 à 11 jours pour faire disparaître le spirochète des lésions superficielles. Les chancres se sont épidermisés dans un temps variant de 3 à 17 jours. La roséole s'est effacée en 10 jours, les papules en 18-19, l'angine a demandé de 17 à 19 jours, les syphilides tuberculeuses de 14 à 20 jours, des ulcérations gommeuses de 18 à 25 jours. La réaction de Wassermann a été très mal influencée. Ils ont observé : ictère, diarrhée, érythème, et souvent des récidives. Ils ont pourtant donné des doses bien plus importantes que Cl. Simon, sans avoir obtenu d'aussi bons résultats. Ch. Audry.

Comparaison de la courbe d'action du néosalvarsan à la stérilisation superficielle (Die Neosalvarsanwirkungkurve bezogen auf Oberflächensterilisierung), par F. Oelze. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 3, 21 janvier 1928, p. 89.

O., sur 358 malades en a examiné 49 au point de vue de la rapidité de la disparition superficielle des spirochètes au cours du traitement par le néosalvarsan. La recherche faite le 2e jour a montré qu'on trouvait encore des spirochètes chez tous les malades ayant reçu 0,15 ; qu'on en retrouvait dans 55 o/o des malades en ayant reçu 0,30 ; 17 o/o chez ceux ayant reçu 0,45, et seulement 4 o/o chez ceux ayant reçu 0,60.

Conclusion, ne jamais injecter moins de 0,60 si l'on veut agir prophylactiquement (O. a déjà montré antérieurement qu'il fallait se rallier à la manière de faire qui proscrit les faibles doses de début, au seul point de vue de l'efficacité du traitement). Ch. Audry.

Sur la chimie de la coloration nucléaire (Zur Chemie der Zellfärbung), par J. Schumacher. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nos 3 et 4, pp. 106 et 146.

Voici les conclusions du IVe mémoire que S. consacre à la chimie cellulaire. Si l'on débarrasse des levures de leur acide nucléinique en faisant agir sur elles des acides minéraux dilués (hydrolyse artificielle) et si l'on met ces levures ainsi traitées en présence d'acide nucléinique levuraire libre en solution dans l'acétate acide de sodium, on constate dans ces levures une combinaison albumineuse de cet acide. Cette combinaison est semblable à celle qu'on obtient *in vitro* quand on fait agir sur un sel d'albumine basique (clupéine, histone), la même solution d'acide nucléinique ou une solution d'un sel sodique de cet acide. La substance produite dans la levure montre les mêmes propriétés colorantes que les nucléoprotéides naturelles, y compris la teinte jaune après action du bleu de méthylène-phosphine, qui colore en vert l'acide nucléinique libre. Il n'en faut pas conclure à l'identité absolue de cette substance et des nucléoprotéides naturelles. Quand on emploie un acide nucléinique d'autre provenance que les levures (ainsi des spermatozoaires des poissons), on observe les mêmes réactions.

Les levures artificiellement privées de leur acide nucléinique ne se colorent plus par le bleu de méthylène, le vert de méthyle ou la pyronine, mais, après action d'acide nucléinique libre, elles se comportent comme des levures normales. L'addition d'acide nucléinique a permis en effet la formation d'un sel coloré de cet acide. On prouve encore la fixation de l'acide nucléinique sur les levures d'abord débarrassées par hydrolyse, par le fait qu'elles sont riches en acide phosphorique et qu'une nouvelle hydrolyse en détache l'acide nucléinique.

Une coloration positive par le vert de méthyle ou le bleu de méthylène ne renseigne pas sur la nature chimique du contenu cellulaire, car d'autres albumines que l'acide nucléinique prennent ces colorants (albumose, globuline). Mais une coloration négative prouve l'absence d'acide nucléinique dans la cellule considérée, que cette absence soit artificielle ou naturelle (spirochètes pâle et ictérigènes, p. ex.).

L. Chatellier.

Sur une dermatite causée par l'or (aurophos) semblable à un pityriasis rosé terminée par la pigmentation (Ueber eine der Pityriasis rosea ähnliche, unter Pigmentierung heilende Gold (aurophos) Dermatitis, par O. Kiess. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, no 4, 28 janvier 1928, p. 133 (avec 5 figures).

On a déjà signalé les éruptions provoquées par l'administration des sels d'or. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 33 ans, atteinte d'un lupus vulgaire étendu de la face qui avait été traitée par l'aurophos (17 injections) associée à la lampe de quartz. Il s'ensuivit un exanthème généralisé qui, au début, présentait tout à fait l'apparence d'un pityriasis rosé, répandu sur une peau uniformément rouge, avec violent prurit. Les taches s'effacèrent en laissant de nombreuses macules brunes. 5 mois plus tard, elles étaient encore loin d'être effacées.

Ch. Audry.

Contribution à la question du zona (Beiträge zur Zonafrage), par GLAUBERSOHN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 4, janvier 1928, p. 141 (2 fig. dans le texte).

G. résume les faits déjà acquis et ses propres constatations. En 3 ans, sur 14.460 malades, il a vu 140 zonas (0,968 o/o) ; Perutz, sur 17.997 malades, en a vu 178 (0.989 o/o). Les cas de zona lui paraissent en augmentation. Après avoir rappelé les observations de Bokay sur les rapports entre zona et varicelle, il rapporte l'observation de deux familles où le zona fut suivi, chez un autre membre de la famille, d'une varicelle, après incubation de 13 et 16 jours. Dans une 3e observation, un zona de l'épaule et du bras gauches apparut 17 jours après une inoculation vaccinale antivariolique, au bras gauche également.

L. CHATELLIER.

Sur une dermatose bulleuse en traînée (dermatose des bains publics et des prairies) [Ueber eine streifenformige bullöse Dermatitis (Freibad- und Wiesendermatitis)], par M OPPENHEIM et A. FESSLER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 5, février 1928, p. 183, 3 fig. dans le texte.

O. et F. rappellent les publications de Hartmann et Briel sur les dermatoses provoquées par certaines plantes sur les baigneurs. A Vienne, ils ont compté, depuis 1926, 40 cas de ces dermites, qui toutes apparaissent sur des femmes ou des enfants s'étant assis sur l'herbe au bord de la rivière. Eruption prurigineuse, érythémateuse, papuleuse, puis bulleuse, en taches ou traînées irrégulières, siégeant sur les fesses, les cuisses, le dos et les bras. Histologie : œdème et aplatissement des papilles ; œdème et vacuolisation du *rete*, aboutissant à une vésicule riche en fibrine, mais pauvre en éléments figurés ; dilatation vasculaire et légère infiltration périvasculaire. La guérison survient en 8-10 jours, suivie parfois d'une pigmentation locale. Origine végétale probable.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Bonn-s.-Rhin).

Dystrophie médiane canaliforme des ongles (Dystrophia unguium mediana canaliformis), par J. HELLER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 6, janvier 1928, p. 416.

Un tailleur de 20 ans présente depuis plus de 10 ans un sillon large et profond, canaliforme occupant le milieu des ongles des deux pouces, en long. L'examen ne révèle aucun champignon Le lit de l'ongle est normal. C'est le processus d'onyfication qui ne s'accomplit pas. En s'appuyant sur la symétrie, etc., Heller écarte l'hypothèse d'eczéma, et pense qu'il s'agit d'une anomalie trophique, peut être d'origine centrale.

CH. AUDRY.

Sur un cas de kératose blennorrhagique de la peau et de la muqueuse buccale (Ueber einen Fall von gonorrhoischer Keratose der Haut und Mundschleimhaut), par L. BERMAN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 6, janvier 1928, p. 420.

Homme de 37 ans atteint de blennorrhagie, d'arthrite, d'érosion squameuse du gland et du prépuce, d'efflorescences papulo-vésiculeuses, et kératosiques des cuisses, des pieds, des orteils, etc., et de petites efflorescences semblables, disposées en traînées, ou en groupes irréguliers sur la muqueuse de la voûte palatine et sur la face interne de la joue droite. Ce malade avait présenté des arthrites et des manifestations cutanées lors d'une blennorrhagie antérieure.

B. rappelle que ces manifestations cutanées sont bien connues et relativement fréquentes (6 fois sur 4.300 blennorrhagiens, d'après Arning). Mais les manifestations sur les muqueuses et en particulier sur la muqueuse buccale sont beaucoup plus rares. B. en signale 4 autres cas, dont le plus ancien, celui de Stanislavski remonte à 1900. En raison de la rareté des constatations de gonocoques, Buschke pense que les microbes ne jouent pas tout le rôle pathogénique en pareil cas, et qu'il faut admettre une prédisposition cutanée.

Ch. Audry.

Association de la maladie de Recklinghausen et de l'épidermolyse bulleuse héréditaire dystrophique dans une même famille (Gleichzeitiges Vorkommen von Morbus Recklinghausen und Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria dystrophica in einer Familie), par F. Geurtius et R. Strempel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, n° 6, janvier 1928, p. 402.

Une femme atteinte d'épidermolyse bulleuse héréditaire et familiale épouse un homme atteint de maladie de Recklinghausen (également familiale, sinon héréditaire). Ils ont 6 enfants dont 4 présentèrent simultanément des accidents d'épidermolyse et de maladie de Recklinghausen, un de l'épidermolyse seule, et le sixième de la maladie de Recklinghausen seule. Se rapportant au tableau total des familles, C. et S. constatent que, exceptionnellement, les deux malformations se présentent avec un caractère de « dominante » ce qui est très rare en cas d'épidermolyse. En outre des altérations cutanées, plusieurs des enfants du couple offraient aussi de la lymphocytose, de la leucopénie, des anomalies du squelette, etc. C'était aussi, chose rare, le troisième étage de l'hérédité d'épidermolyse.

Ch. Audry.

La conception actuelle de l'allergie et des dermatoses allergiques (Die heutige allergiebegriff und allergische Hautkrankheiten), par R. Rohrbach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LI, fasc. 6, janvier 1928, p. 424.

Dans cette intéressante revue générale des travaux allemands, R. expose les conceptions actuelles de l'anaphylaxie, de l'allergie, de l'idiosyncrasie ; des antigènes de leur nature, de leur rôle, du siège et de l'origine des anticorps. Il applique ensuite ces conceptions à la pathologie et il range parmi les dermatoses sûrement allergiques : l'urticaire, l'eczéma et le purpura de Henoch-Schönlein (Les noms et travaux français sont systématiquement omis : à propos de l'anaphylaxie, le nom de Richet n'est même pas cité ! N. d. T.).

L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Note sur la nature de la pachydermie vorticellée du cuir chevelu ; sa fréquence au cours de l'acromégalie, par Parkes Weber. *The British Journal of Dermatol. and Syphilis,* vol. XL, n° 471, janv. 1928, p. 1, 3 fig.

P. W. relève dans la littérature un certain nombre de cas dans lesquels la pachydermie vorticellée, plissée ou sillonnée du cuir chevelu (*cutis verticis gyrata, striata* ou *sulcata*) était observée au cours de l'acromégalie.

Il semble donc que la pachydermie vorticellée, dont la lésion anatomique n'est qu'une hyperplasie du tissu conjonctif sous-cutané, résulte de la même cause endocrinienne que l'acromégalie.

S. Fernet.

Note sur une forme chronique, localisée d'acrodermatite continue, par Dore. *The British Journ. of Dermatol. and Syph.,* vol. XL, n° 471, janv. 1928, p. 12, 1 fig.

Il existe une affection rare des paumes des mains et des plantes des pieds caractérisée par des lésions vésiculeuses ou pustuleuses chroniques, localisées, persistantes, récidivantes, rebelles à tous les traitements et n'étant ni de l'eczéma, ni de la dysidrose, ni de la pyodermite, ni de la mycose. Cette affection, malgré qu'elle ne s'accompagne souvent pas de lésions digitales, paraît devoir être rangée dans les formes frustes ou avortées de l'acrodermatite continue. D en a observé 4 cas qu'il décrit en détail. S. Fernet.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Le sérodiagnostic de la gonorrhée dans ses rapports avec la clinique (Die Serodiagnose der Gonorrhoe in ihren Beziehungen zur Klinik), par E. Kunewœlder. *Wiener klinische Wochenschrift,* 41e année, n° 2, janvier 1928, p. 54.

K. emploie comme antigène un vaccin polyvalent contenant 2.000 germes par centimètre cube, à la dose immédiatement inférieure à la dose anticomplémentaire. Tout malade, atteint d'uréthrite et dont la réaction reste plusieurs mois négative après la guérison clinique, est guéri ; une réaction positive persistant malgré la guérison apparente indique que la récidive est certaine. Dans les manifestations cliniques douteuses (prostatite, bartholinite, arthrite, urétrite), la réaction sérologique a une haute valeur diagnostique.

Chez les malades avec réaction Wassermann fortement positive, on ne doit tenir compte que des résultats fortement positifs.

L. Chatellier.

L'action des rayons ultra-violets sur la réaction de Wassermann et l'allergie cutanée dans la syphilis (Ueber die Wirkung der Ultra-violettbestrahlungen auf die Wassermannsche Reaktion und kutane allergie bei Lues), par E. Rajka et E Radnai. *Wiener klinische Wochenschrift,* 41e année, n° 2, janvier 1928, p. 52.

Les rayons ultra-violets à doses suffisantes et suffisamment répétées font souvent disparaître des réactions de Wassermann irréductibles (6 fois sur 13 malades). Ils accentuent ou provoquent les réactions à la luétine. Il n'y a aucun parallélisme entre la réaction de Wassermann et l'allergie cutanée. La sédimentation des globules rouges et la réaction de Matefy (floculation de la globuline par le sulfate d'alumine) sont ramenées à la normale après l'irradiation. Il n'y a pas non plus de parallélisme entre ces deux réactions et la réaction de Wassermann qui apparaît de plus en plus comme une réaction spécifique antigène-anticorps (lipoïde). L. CHATELLIER.

Dermite bulleuse provoquée par l'Achillea millefolium (l'achillée) (Eine bullöse Hauterkrankung, hervorgerufen durch Achillea millefolium), par A. PHILADELPHY. *Wiener klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 3, janvier 1928, p. 88 (1 figure dans le texte).

P. a observé à Innsbruck, en été, 5 cas simultanés d'une dermite érythémato-bulleuse survenant chez des baigneurs qui s'étaient assis ou couchés en tenue de bain sur l'herbe au bord de la rivière. Par application de feuilles d'Achillée ou d'extrait alcoolique de cette plante, P. a reproduit, chez ses malades, une éruption identique.

L. CHATELLIER.

Gale du chat chez l'homme (Katzenräude bei Menschen), par OPPENHEIM et FISSLER. *Wiener klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 4, 26 janvier 1928, p. 122.

En 1927, grande épidémie de gale sur les chats de Vienne. La transmission à l'homme connue depuis longtemps (Kaposi) passe pour très rare, bien que Wirth la considère comme fréquente; en général, les auteurs qui l'ont décrite l'ont signalée comme passagère. Les auteurs en ont vu trois cas; les trois malades possédaient des chats galeux. La maladie se manifeste sous forme d'une éruption papuleuse, prurigineuse faiblement croûteuse, modifiée secondairement par le grattage. On n'observe pas les localisations spécifiques de la gale humaine, pas de sillons. Expérimentalement; en frottant la peau de l'avant-bras, O. et F. ont provoqué une éruption papulo-vésiculeuse. Mais on n'a pas réussi à y découvrir d'acares. Les auteurs pensent qu'il s'agit probablement d'une dermatite provoquée par des produits irritants, et cela sous l'influence d'une susceptibilité personnelle (le résultat expérimental n'est pas constant). La maladie guérit facilement et ne se transmet pas d'homme à homme. CH. AUDRY.

Archives médicales belges.

Traitement des syphilis nerveuses, par STOUFFS. *Archives médicales Belges*, 80e année, n° 12, décembre 1927, pp. 599-604.

Courte revue générale des thérapeutiques conseillées par Sézary, Leredde, Chevallier principalement. A. BOCAGE.

Bruxelles Médical.

Simples suggestions au sujet de l'étiologie de la pelade, par Lespinne (Bruxelles). *Bruxelles médical,* 8e année, no 10, 8 janvier 1928, pp. 308 à 315 et no 12, 22 janvier 1928, pp. 401-411.

Le problème de l'étiologie de la pelade reste très complexe. L. étudie un certain nombre d'observation de pelades et montre dans un certain nombre d'entre elles le facteur en cause, essentiellement variable. Par contre la lésion essentielle le poil peladique est spécifique. Il est caractéristique. Un poil cependant peut lui être comparé c'est celui que produit l'action des rayons X. Nous ignorons les causes profondes qui troublent cette sécrétion de la papille pilaire. L'influence de certaines glandes à sécrétion interne, glande sexuelle, glande thyroïde, liées au développement et au maintien du poil est manifeste. Certaines pelades reconnaissent nettement comme cause ces troubles des sécrétions internes. Certaines intoxications, la syphilis altérant l'un de ces organes endocriniens ou une fonction nécessaire à l'équilibre de la trichopoïèse, peuvent être la cause première d'un grand nombre de pelades. Une de ses observations montre qu'une toxine microbienne semble pouvoir donner une chute de cheveux en aire avec poils peladiques. La pelade n'est pas contagieuse, n'est pas microbienne, mais quel est le mécanisme de sa production ? H. Rabeau.

Butlleti de la Societat Catalana de Dermatologia i Sifiliografia (Barcelone).

Dermites artificielles produites par la novocaïne (Dermitis artificials produïdes per la novocaïna), par Antoni Carreras. *Butlleti de la Societat Catalana de Dermatologia i Sifiliografia,* Any I, no 1, desembre 1927, p. 85.

Les dermites produites par la novocaïne ont été décrites par Guy Lane, Highmann, Gaskill et Cicero. L'auteur en a observé deux cas chez des dentistes. L'un des malades présentait au niveau des mains une éruption papulo-vésiculeuse, prurigineuse et douloureuse ; chez le second l'aspect clinique était celui d'une kératodermie. L'origine de la dermite fut démontrée par les épreuves de Highmann (Frictions répétées sur l'avant-bras avec une solution de novocaïne, et, à quelques centimètres de distance, avec une solution de cocaïne. Tandis que sur cette dernière surface on a constaté simplement un érythème éphémère, la région frictionnée à la novocaïne est devenue le siège d'une éruption vésiculeuse et très prurigineuse, qui a duré 8 à 9 jours).

J. Margarot.

Arséno-sensibilité cutanée, suivie d'arsénotolérance post-conceptionnelle (Arsenosensibilitat cutània, seguida d'arsenotolerancia post-conceptional), par F. d'A. Santina. *Butlleti de la Societat Catalana de Dermatologia i Sifiliografia,* Barcelona, Any I, no 1, desembre 1927, p. 74.

Une malade absolument intolérante à tous les composés arsenicaux supporte parfaitement les doses maxima au cours d'une grossesse.

L'auteur se demande si la carence du pouvoir anti-toxique des organes endocriniens n'est pas compensée par les sécrétions internes du fœtus, comme on a pu l'observer chez certaines femmes qui, atteintes d'hypothyroïdie ou de diabète pancréatique, redeviennent normales lorsqu'elles sont enceintes. Il sera intéressant d'étudier après l'accouchement le comportement de la mère et de l'enfant vis-à-vis des arsénobenzènes. J. MARGAROT.

Essai d'épilation par la radium-puncture (Assaig de depilacio per radiumpuntura), par JAUME PEYRI. *Butlletí de la Societat Catalana de Dermotologia i Sifiliografia*, Barcelona, Any I, desembre 1927, nº 1, p. 78.

L'observation de la chute souvent définitive des poils au cours du traitement de tumeurs par la radium-puncture a conduit l'auteur à essayer cette méthode thérapeutique dans l'hypertrichose. Les aiguilles sont introduites parallèlement à la surface cutanée, très près les unes des autres. Le radium ne touchant pas l'épiderme, mais uniquement les papilles, celles-ci sont seules détruites ; il ne se produit ni télangiectasies, ni pigmentations, ni altérations d'aucune espèce. On constate l'épilation au bout de trois semaines. Dans les cas observés, elle persiste depuis 6 mois. J. MARGAROT.

Le thallium dans le traitement des teignes (El tali en el tractament de les tinyes), par ANTONI PEYRI. *Butlletí de la Societat Catalana de Dermatologia i Sifiliografia*, Barcelona, Any I, nº 1, desembre 1927, p. 79.

De l'étude de 60 observations l'auteur conclut que le thallium doit être rejeté à cause de sa toxicité (un cas de mort paraît imputable à cette méthode) et de l'insuffisance de l'épilation (20 o/o d'insuccès).

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les échanges dermo-épidermiques contrôlés par l'étude du pigment mélanique, des éthers de la cholestérine (xanthome) et de l'hémosidérine (maladie de Schamberg), par PAUTRIER, LÉVY et DISS. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVII, nº 1, janv. 1928, p. 1, 8 fig.

L'étude de la fonction pigmentaire des cellules dendritiques de l'épiderme (cellules de Langerhans) avait donné un premier aperçu sur les échanges dermo-épidermiques. On sait, en effet, que les cellules rameuses de la couche basale de l'épiderme puisent, grâce à leurs prolongements protoplasmiques, les substances chromogènes dans le derme, les élaborent en pigment mélanique, qu'elles sèment ensuite le long de leurs ramifications dans la couche de Malpighi et dans le derme. Les chromatophores du derme, dopa-négatifs et par conséquent incapables d'élaborer du pigment, sont donc uniquement « tatoués » par le pigment qu'ils reçoivent des mélanoblastes de la couche basale. L'étude de la fonction pigmentaire des cellules de Langerhans montre donc qu'il existe un double courant dans le réseau anastomotique dermo-épidermique, dont la continuité anatomique ne fait plus de doute.

Le rôle trophique de ce réseau, très justement dénommé réseau tropho-pigmentaire, a pu être démontré par P. L. et D. sur des coupes de xanthome tubéreux et de maladie de Schamberg. De belles microphotographies en couleur font constater la migration des acides gras de la cholestérine (colorés au rouge écarlate) du derme, où les cellules xanthomateuses sont massées autour des capillaires, vers la couche basale de l'épiderme et la couche de Malpighi.

Dans la maladie de Schamberg le pigment mélanique fait défaut au niveau des lésions ; la pigmentation est due à du pigment ferrique, dont la disposition, tout à fait particulière, nous éclaire sur le rôle du réseau tropho-pigmentaire. En effet, alors que dans les sidéroses habituelles (purpura, pigmentations variqueuses, sarcomatose de Kaposi) l'hémosidérine infiltre exclusivement le derme, dans la maladie de Schamberg elle quitte le derme pour venir, sous forme de très fines granulations, se déposer dans la couche muqueuse de l'épiderme. Cette migration, probablement rendue possible par la petitesse exceptionnelle des granulations, se fait grâce à l'existence du réseau protoplasmique, destiné à assurer les échanges dermo-épidermiques. L'absence de pigment mélanique dans les lésions de la maladie de Schamberg s'explique par une véritable obstruction des cellules pigmentaires et de leurs voies d'accès par l'hémosidérine.

Il existe donc dans la peau un système trophique, expansion périphérique du système réticulo-endothélial, constitué par un réseau cellulaire qui unit l'endothélium des vaisseaux à l'épithélium par l'intermédiaire des cellules de Langerhans anastomosées. Ce système, siège de phénomènes biologiques importants, doit jouer un rôle prépondérant dans les processus pathologiques de la peau.

S. Fernet.

Les applications locales du violet de gentiane en dermatologie, par Mc Farland. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVII, nº 1, janvier 1928, p. 16.

Les propriétés antiseptiques du violet de gentiane et son inocuité pour la peau le rendent très recommandable pour le traitement des pyodermites, des impétigos, des folliculites, des furoncles, ainsi que pour les pansements consécutifs aux applications de rayons X, d'électro-coagulation, etc. L'auteur recommande la solution suivante à 5 o/o.

Violet de gentiane	6
Alcool à 80°	24
Eau distillée	90

S. Fernet.

Les champignons et les mycoses, par Castellani. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVII, nº 1, janv. 1928, p. 61, 3 fig.

Enumération et étude des mycoses viscérales : aphtes, stomatites, amygdalites, bronchites mycosiques, mycoses du système nerveux et des organes des sens, uréthromycoses et vaginites mycosiques.

Les uréthro-mycoses s'accompagnent d'un écoulement blanc-jaunâtre, brun-noir ou rouge. Les écoulements noirs (*Aspergillus*, *Cla-*

dosporium, *Penicillium*) et rouges (association de diverses espèces de *Monilia* et d'un bacille ou d'un cocci produisant du pigment) sont extrêmement rares. Les uréthro-mycoses à écoulement blanc ou jaunâtre sont relativement fréquentes dans les régions tropicales, les Balkans et le sud de l'Europe. On y trouve les genres suivants : *Monilia*, *Cryptococcus*, *Oidium*, *Saccharomyces* et *Nocardia*.

Il existe aussi des vaginites mycosiques à écoulement rouge ou noir : elles sont exceptionnelles. On observe plus fréquemment des mycoses vaginales du type aphteux, purulent ou mixte, souvent confondues avec des gonococcies et dont l'agent pathogène est l'une des espèces de *Monilia* (*M. pinoyi*, *metalondinensis*, *tropicalis*). D'une façon générale, lorsqu'il existe un écoulement vaginal, la présence de champignons n'est pas rare. Il semble, cependant, que ceux-ci ne deviennent pathogènes que lorsqu'ils existent en grand nombre.

Dans certains prurits vaginaux et anaux, on trouve des *Monilia*. Il existe une forme de prurit chronique ano-périnéal due à l'association de l'Epidermophyton et d'une des espèces de *Monilia*, qu'il est impossible de différencier cliniquement de l'épidermophytie. S. FERNET.

Un cas de pemphigus chronique ; constatations bactériologiques avant et après la mort, par Mc EWEN. *Archives of Dermatol.*, vol. XVII, n° 1, janv. 1928, p. 98.

Dans un cas de pemphigus chronique avec cultures du sang négatives mais streptocoques dans le contenu des bulles, il se produisit une poussée aiguë avec fièvre à la suite de l'extirpation d'une dent cariée et de l'ouverture d'un abcès alvéolaire. Dès ce moment l'état du malade devint grave ; on trouvait des streptocoques dans le sang et dans les bulles. Le malade succomba à des phénomènes de septicémie.

Les observations de ce genre montrent l'importance des infections focales dans la genèse de certaines septicémies, auxquelles le pemphigus paraît devoir être rattaché. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Tatouages et méthodes de détatouage, par SHIE. *The Journal of the American Med. Assoc.*, vol. XC, n° 2, 14 janv. 1928, p. 94.

De tous les procédés connus de détatouage, c'est la méthode de Variot à l'acide tannique et au nitrate d'argent qui donne à S. les meilleurs résultats. Il indique les détails de sa technique perfectionnée.

S. FERNET.

Medical Journal and Record (New-York).

Le traitement du prurit anal par le Benacol, par YEOMANS, GORSCH et MATHESHEIMER. *Medical Journal and Record*, janv. 1928, p. 19.

Le Benacol est un mélange à parties égales de benzoate d'aminobenzol-éthanol ($C_{16}H_{17}O_3N$) et de phen-méthylol (C_7H_8O).

Dans des cas de prurit anal rebelle, Y. G. et M. ont pratiqué des

injections sous-cutanées de cette substance (solution à 1/10 dans l'huile d'amandes douces) dans la marge de l'anus et ont répété ces injections tous les 2 ou 3 jours. L'amélioration a été le plus souvent immédiate. Dans certains cas elle a nécessité 6 à 8 injections mais, au total, 24 malades sur 25 traités, ont été guéris, ou considérablement améliorés. S. FERNET.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia (Bologne).

Deux cas de syphilides cutanées lupiformes chez des sujets hérédo-syphilitiques, par GIOVANNI LANTERI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 1, octobre 1927, p. 3 (2 figures). Travail de la clinique dermo-syphiligraphique de l'Université de Catane dirigée par le professeur VERROTTI.

L'auteur rend hommage au génie de Fournier qui a le premier nettement attiré l'attention sur certaines lésions de la syphilis héréditaire tardive que leur aspect objectif fait facilement confondre avec le lupus. Il a montré leurs localisations préférées aux jambes et à la face. Il cite en français ces paroles de Fournier « le nez est leur victime de prédilection ».

Il énumère les différentes publications qui ont affermi depuis cette notion (Scholtz, Gaucher et Lacapère, Gaucher et Louste, Nicolas et Favre, Nicolas et Laurent, Define, E. Fournier, Vignolo Lutati, Verrotti).

Enfin, il apporte à son tour deux observations du même ordre, l'une chez un jeune homme de 21 ans, dont une partie du nez avait été détruite par une ulcération considérée longtemps comme un lupus. L'autre chez un enfant de sept ans atteint de lésions de la joue droite et du cou, traitées par divers médecins comme scrofuleuses. Dans les deux cas, de simples injections de biiodure Hg amenèrent une guérison rapide.

Corollaire : Ne pas attribuer une valeur absolue aux signes objectifs. Même si la lésion a des caractères lupiques nets, et à plus forte raison s'ils ne sont pas nets, fouiller minutieusement le passé héréditaire, collatéral, personnel ; contrôler l'évolution par une anamnèse précise, recourir aux contrôles sérologiques.

Au moindre doute, essayer le traitement spécifique. Et l'on aura parfois des surprises. BELGODÈRE.

Contribution à l'étude des différences réactionnelles et physiologiques de la peau humaine normale dans ses différents territoires, par PIER ANGELO MEINERI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. 1, octobre 1927, p. 15 (Travail de la clinique dermo-syphiligraphique de l'Université de Turin, dirigée par le professeur BIZZOZERO).

Pathologiquement, il est connu que certaines affections cutanées ont une prédilection pour certaines régions, ce qui doit sans doute tenir à des attractions ou répulsions de ces régions pour les agents morbigènes.

Physiologiquement, est-il possible d'établir des différences réactionnelles entre les divers territoires cutanés? L'auteur a cherché à faire cette démonstration par des preuves histologiques, hématiques, circulatoires, capillaires.

Recherches histologiques : il a excité la peau par des applications de rayons ultra-violets ; ensuite, on faisait une biopsie à cheval sur la bordure de la zone d'érythème. Résultats : Après 24 heures, dans la région du dos, la modification essentielle est une dilatation des vaisseaux du derme, avec infiltration péri-vasculaire constituée surtout par des *lymphocytes*. A la jambe, infiltration de *leucocytes polynucléaires neutrophiles*.

Après trois jours : au dos, infiltration plus compacte, éléments fixes du tissu conjonctif néoformés, très peu d'éléments mobiles. Aux jambes : faible infiltration, disparition presque complète des polynucléaires neutrophiles, hyperplasie des cellules fixes du tissu conjonctif.

Ces recherches montrent donc une variation régionale des cellules mobiles de l'inflammation.

Recherches hématiques : Pourcentage des globules blancs dans le sang extrait des zones irradiées, par comparaison avec le sang extrait de la pulpe du doigt. Après 24 heures : Peau du dos : diminution des polynucléaires neutrophiles, augmentation des lymphocytes. Peau de la jambe : résultats inverses, c'est-à-dire, polynucléaires neutrophiles augmentés, lymphocytes diminués.

Recherches sur les capillaires : Evaluation comparative de la teneur en albumine du sérum sanguin et de la sérosité de vésicatoire, au moyen de l'indice réfractométrique. Résultats : il y a plus d'albumine dans le sérum du sang que dans la sérosité du vésicatoire. Cette dernière contient plus d'albumine au dos qu'à la jambe.

Reste à interpréter ces variations : tâche difficile. Pourquoi l'excitation U.-V. détermine-t-elle, au dos un appel de lymphocytes, à la jambe, un appel de polynucléaires? On ne sait rien de la signification physiologique de ces cellules mobiles. Tout au plus attribue-t-on aux éosinophiles une signification vagotonique.

Quant aux variations de l'albumine, elles doivent être attribuées selon l'auteur aux variations de la tonalité nerveuse. La peau est le siège de réactions multiples dans lesquelles la participation du système nerveux végétatif est évidente. Dans les réactions dermographiques, par exemple le jeu des vaso-dilatateurs ou des vaso-constricteurs nous renseigne sur la prépondérance de l'une des deux sections du système nerveux, et elle nous montre que, au dos, c'est l'influence parasympathique qui prédomine, aux membres inférieurs, celle du sympathique.

L'auteur émet l'hypothèse que la lymphocytose, l'hyperalbuminose seraient en rapport avec la parasympaticotonie, tandis que la polynucléose et l'hyperalbuminose seraient une expression sympaticotonique. Inversement, il serait intéressant de rechercher quelle peut être la répercussion d'une excitation cutanée sur l'organisme, suivant les

régions et suivant les variations de tonalité nerveuse de ces régions.

BELGODÈRE.

Aspects particuliers de la sclérodermie de l'enfance (sclérodermie en plaques et sclérodermie en bandes à forme atrophique), par MARIO ARTOM et PIERO FORNARA (Grand Hôpital de la Charité de Novare). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 1, octobre 1927, p. 25 (5 figures, 23 références bibliographiques).

Après avoir rappelé les notions classiques sur les divers types de sclérodermie généralisée ou localisée, l'auteur étudie quelles particularités distinguent cette affection chez l'enfant.

Première enfance : on en a publié une quinzaine de cas : elle a été observée dès les premiers jours de la vie. Elle se caractérise dans cette période par des infiltrations en plaques ou nodules, qui se localisent surtout à la face, au dos, aux fesses, présentent une phase de progression, puis de régression, puis de disparition, le tout évoluant en une dizaine de semaines. On ne doit pas la confondre avec le sclérème des nouveau nés.

Seconde enfance : on peut observer toutes les formes. Mais la forme généralisée est « rarissime » (Hutinel). La forme en plaques est fréquente (Laennec et Delarue). Dans une statistique de 9 cas, de Bourdel, 4 étaient des sclérodermies « en bandes ».

Quatre types : 1° Sclérodermie diffuse aiguë, souvent précédée d'une maladie fébrile, souvent suivie de complications du côté des séreuses : endocardite, péricardite, pleurite, ascite (Dubreuilh) ; 2° Sclérodermie diffuse progressive lente ; 3° Sclérodermie en plaques, ou morphée ; 4° Sclérodermie frontale en « coup de hache » de Dubreuilh, ces deux dernières d'après Dubreuilh, beaucoup plus fréquentes chez les petites filles.

A cette revue générale, l'auteur ajoute trois cas personnels :

Le premier : petite fille de 18 mois, affection fébrile, troubles cérébraux imputables à l'encéphalite léthargique. Constatation sur la face postérieure de la cuisse droite, au-dessous de la fesse, d'une plaque de morphée de 3 centimètres de diamètre, qui, au dire de la mère, aurait débuté dès les premiers jours de la vie. Caractères cliniques et histologiques classiques. Malade perdue de vue, évolution ignorée.

Deuxième cas : Petite fille de 15 mois, plaque semblable à la fesse gauche, avec l'anneau « lilas » classique. Malade observée pendant 10 mois sans modifications.

Troisième cas : petite fille de 6 ans. Bande de sclérodermie de 5 centimètres de large, partant de la racine de la cuisse, s'étendant sur la face antérieure de la cuisse, du genou et de la jambe, jusqu'au pied. Atrophie musculaire sous-jacente, atrophie osseuse, fracture du tibia. Réactions de Bordet-Wasserman et de Meinicke positives chez l'enfant; chez la mère : Bordet-Wassermann négatif, Meinicke positif. Un frère de cet enfant atteint d'ichtyose. La mère atteinte de goitre. Chez les deux enfants, cure opothérapique polyglandulaire. Amélioration très nette.

Pour les deux premiers cas, l'auteur fait remarquer qu'ils s'écar-

tent des notions classiques par leur longue durée. Il discute le diagnostic avec les « vergetures rondes » et avec le « nævus anémique ».

Pour le troisième cas, il insiste sur les relations avec les troubles endocriniens familiaux et avec la syphilis et sur les rapports respectifs de ces deux causes ; disendocrinisme hérédo-luétique, dont l'influence a été soutenue en France par Levy, Barthélémy, Nicolas et Gaté. BELGODÈRE.

Comportement de l'uricémie, de la glycémie et de la chlorémie après l'administration du calcium, par EDOARDO CIAMBELLOTTI (Travail de la clinique dermo-syphiligraphique de Sienne, dirigée par le professeur TOMMASI). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 1, octobre 1927, p. 41, 9 figures, 4 pages de bibliographie.

L'importance du calcium dans l'économie a été démontrée par les résultats concordants de nombreux travaux effectués dans divers pays au cours de ces dernières années. Spécialement au point de vue dermatologique, les altérations du métabolisme du calcium dans les dermatoses ont été démontrées ainsi que les brillants résultats de la thérapeutique calcique dans ces affections.

D'autre part, dans les dermatoses, on a constaté maintes fois des modifications de la teneur du sang en acide urique, glucose et chlorures. Y a-t-il une relation entre ces deux ordres de phénomènes? A l'amélioration de la dermatose y a-t-il correspondance d'une variation du taux des substances sus-indiquées? Pourrait-on ainsi expliquer le mode d'action du calcium et établir des règles précises pour la direction du traitement calcique?

Tels sont les problèmes que l'auteur s'est proposé de résoudre. Il a employé à cet effet, soit le CaCl en injections intraveineuses soit un composé organique (Biocal de Ziambelletti) pour diverses raisons, entre autres celle-ci : avec l'emploi de CaCl seul on pourrait se demander quel est le corps actif : Ca ou bien Cl?

Les recherches ont porté sur dix malades atteints d'affections diverses (urticaire, eczéma, prurit, dermatite, ulcère variqueux, maladie de Bowen, lymphogranulomatose).

Action sur l'uricémie : Deux groupes de cas. Chez six sujets on voit l'uricémie diminuer fortement sous l'influence du calcium, chez quatre autres elle est peu influencée. Mais dans le premier groupe, il s'agit de malades qui avaient un taux élevé d'acide urique ; dans le deuxième groupe, le taux différait peu de la normale. Il semble donc qu'il y ait un *seuil infranchissable*, au-dessous duquel le taux d'acide urique ne peut être abaissé. Ce seuil varie suivant les sujets et c'est lui qui permet d'apprécier la gravité de l'état uricémique. Cette action appartient bien au Ca car avec les composés organiques, les résultats ont été les mêmes.

Mais comment agit le calcium?

Première hypothèse : La solubilité de l'acide urique du sang ne peut se comparer à celle des solutions aqueuses ; le milieu colloïdal modifie considérablement les conditions de solubilité, la surface des grains colloïdaux permettant de fixer un nombre considérable d'ions.

Or, l'ion calcium possède un pouvoir modificateur très grand de l'équilibre colloïdal. Donc il n'y a rien d'étonnant que consécutivement il exerce une action sur la teneur en corps uriques.

Deuxième hypothèse : Une moitié seulement de l'acide urique exogène est éliminée, l'autre serait détruite dans les tissus par un ferment uricolitique, et la diathèse urique serait due précisément à la disparition de cette propriété uricolitique. Il se pourrait que le calcium agisse en réactivant cette propriété.

Troisième hypothèse : Les corps uriques ont une double origine : *a*) endogène dérivant de destructions cellulaires, notamment de la destruction constante des leucocytes ; *b*) exogène dérivant de l'acide nucléinique des nucléoprotéides et des substances extractives. Le Ca pourrait agir, soit sur l'acide urique endogène en régularisant les destructions cellulaires, soit sur l'acide exogène en modifiant les échanges.

Action sur la glycémie : Dans trois cas : diminution du sucre hématique ; dans les sept autres, pas de modifications, ou peu. Mais là encore, la diminution s'est produite chez des sujets dont le taux de sucre était élevé. Ces résultats sont à première vue en contradiction avec les notions généralement admises, d'après lesquelles le calcium, comme l'adrénaline, provoque l'hyperglycémie. Mais il s'agit là des effets *immédiats*, tandis que les dosages de l'auteur ont été faits au bout de 24 heures, d'où cette notion intéressante : le Ca provoque une première phase d'hyperglycémie passagère, à laquelle succède une hypoglycémie durable.

Action sur la chlorémie : Les résultats ont été variables et inconstants et on ne peut en tirer aucune conclusion.

Cette divergence avec les résultats précédents prouve en tout cas que les variations observées ne sont pas dues, comme l'ont affirmé certains, à l'hydrémie qui résulterait d'une déshydratation des tissus par le calcium. Se basant sur des expériences de Melli, l'auteur en attribue les résultats au pouvoir du calcium d'élever la pression osmotique, du moins quand on l'ajoute à un liquide colloïdal, où il ne peut se diffuser rapidement. Or, le sang remplit bien ces conditions.

De ce travail, les notions importantes à retenir sont surtout :

1° Celle du *seuil d'élimination*, qui permet d'apprécier le degré de gravité de la diathèse urique.

2° Le parallélisme de l'amélioration chimique et clinique.

De ces deux notions la thérapeutique calcique reçoit une base scientifique et expérimentale qui permet d'entrevoir une extension et une précision plus grandes dans l'emploi de ce médicament, grâce à des recherches ultérieures. BELGODÈRE.

Le vaccin de Nicolle dans le traitement de l'ulcère et de l'adénite vénérienne, par ITALO LEVI (Section vénéréologique de la Caisse cantonale de Trieste). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia,* vol. III, fasc. 2, décembre 1927, p. 101 (9 graphiques, 2 figures, bibliographie).

Historique de la vaccination antistreptobacillaire. Revue des publications italiennes parues sur ce sujet.

L'auteur rapporte ses propres résultats dans 80 cas de chancre mou dont 30 traités par voie endoveineuse, 40 par voie endomusculaire 10 par voie intradermique.

Nous serons bref sur ce travail malgré son importance, parce que les observations ne diffèrent guère de celles qui ont été publiées dans tous les pays.

Traitement intraveineux : mêmes réactions violentes, mêmes résultats thérapeutiques brillants signalés par tous. Mêmes réserves quant à l'emploi surtout ambulatoire à cause des réactions.

Traitement intramusculaire : il n'a pas observé les accidents locaux contre lesquels la Maison Poulenc elle-même met en garde. Les réactions générales sont beaucoup moins violentes. Les résultats thérapeutiques sont moins brillants, que par voie intraveineuse, mais cependant satisfaisants. La méthode est à recommander pour les traitements ambulatoires.

Traitement intradermique : Il provoque des réactions locales aiguës qui en contre-indiquent l'emploi, d'autant plus que l'effet thérapeutique est faible. Ces injections présentent surtout un intérêt diagnostique, comme réaction de spécificité.

L'auteur discute le mécanisme de l'action du vaccin : action spécifique ou aspécifique ?

Pour lui, vraisemblablement les deux à la fois. En faveur de la spécificité, il invoque cinq preuves.

1° Résultats thérapeutiques favorables, même en l'absence de tout signe de choc colloïdoclasique.

2° Spécificité de l'intradermoréaction.

3° Bons résultats par l'emploi local de filtrats vaccins suivant la méthode de Besredka.

4° Expérience de Rivalier : singe devenu réfractaire à l'inoculation après une série d'injections de vaccin.

5° Observations de Reenstierna, Hudelo, Maccari : inoculations négatives, au moins temporairement chez les sujets antérieurement traités par le vaccin. BELGODÈRE.

Polynévrite motrice pure de nature syphilitique à forme tétraplégique, par GIUSEPPE SANNICANDRO (Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de Bari, dirigée par le professeur MARIANI). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia,* vol. III, fasc. 2, décembre 1927, p. 131.

L'existence des polynévrites syphilitiques a été discutée. En effet, on ne trouve pas dans ce cas, comme dans les mononévrites, des néoformations spécifiques qui compriment, irritent le tronc nerveux et légitiment les troubles. Ce sont des névrites comparables aux névrites toxiques, telles que celles occasionnées par le plomb, l'arsenic, l'alcool. Aussi, certains ont-ils voulu voir là de simples coïncidences : névrite toxique survenant chez un syphilitique, occasionnée

même parfois par le traitement spécifique lui-même. Pour ces auteurs, il n'existerait pas de polynévrite spécifique à l'état pur, sans être associée à des lésions des méninges ou des racines rachidiennes.

Nonne a réfuté cette opinion, en invoquant entre autres arguments, les cas guéris précisément par un traitement spécifique, et les neurorécidives, provoquées précisément par un traitement arsénobenzolique insuffisant.

Rien de très spécial dans la symptomatologie de ces polynévrites ; il faut insister cependant sur la prédominance des paresthésies et sur la rareté d'accès douloureux violents et continus, qui permet de ne pas les confondre avec les radiculites. Leur évolution est extensive : diplégique, quadriplégique, généralisée ; la marche est aiguë ou subaiguë. Cestan en a décrit trois formes : 1° motrice pure, 2° sensitivo-motrice, 3° pseudo-tabétique. Steinert, de Leipzig, dit qu'on doit exclure les cas dans lesquels : 1° la syphilis n'est pas certaine ; 2° toute autre intoxication ne peut être exclue (alcoolisme) ; 3° ceux où il ne s'agit pas d'une maladie dégénérative pure multiple des nerfs périphériques, à diffusion *symétrique* et évolution régulière, sans quoi, il s'agit de *mononévrites multiples.* Soumettant à ces critères les observations publiées, il n'en retient que 11 de valables.

Il exige encore une autre condition : l'apparition précoce. Mais ceci est certainement faux ; les polynévrites tardives sont plus rares, mais il en existe des cas incontestables, bien établis par l'absence de troubles des sphincters, de paroxysmes douloureux, par la distribution des paralysies.

La dégénérescence des nerfs est-elle secondaire à des lésions de la moëlle ? Impossible de répondre à cette question ; il n'existe aucune autopsie de polynévrite précoce ; il en existe deux de cas tardifs, une de Eisenlohr, où il y avait des lésions discrètes de myélite diffuse, une autre de Déjérine et Gœtz, où il n'y avait aucune lésion.

L'auteur rapporte un cas personnel, observé à la fin d'une cure arsénobenzolique endo-veineuse, avec les caractères d'une neuro-récidive.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, dont le mari présentait une leucodermie du cou avec Bordet-Wassermann fortement positif. Elle même a eu sept grossesses, le dernier enfant seul survivant, les autres morts-nés ou morts en bas âge. Bordet-Wassermann également très positif. Comme elle se plaignait de faiblesse générale, de céphalées nocturnes, un médecin lui fit cinq injections intraveineuses de novarsénobenzol. Peu après : pesanteurs dans les membres inférieurs, puis supérieurs, qui allèrent en s'accentuant et aboutirent à une quadriplégie. On institua une cure par injections arsénobenzoliques sous-cutanées. La parésie des membres inférieurs fut améliorée ; aux membres supérieurs, grande amélioration, au niveau du bras, mais la paralysie persista aux mains et aux avant-bras, sans doute parce que la cure a été trop tardive.

L'auteur discute le diagnostic anatomo-clinique avec atrophie musculaire progressive, syringomyélie, tabès, polyomyélite antérieure.

Discussion étiologique : on pourrait incriminer l'arsénobenzol. Il ne pourrait en tout cas s'agir que de polynévrite arsenicale.

Elle existe sans doute, mais la physio-pathologie en est mal connue.

Mais dans le cas particulier, l'amélioration par un nouveau traitement arsenical suffit à exclure cette interprétation. Rien dans les antécédents ne permet d'incriminer l'alcoolisme. Du reste, les caractères des polynévrites alcooliques sont différents. Elles débutent par des troubles de sensibilité : fourmillements, engourdissements, picotements dans les pieds et les jambes ; plus tard, élancements douloureux aigus et subits, surtout le soir par la chaleur du lit. La paralysie, rapide ou lente, intéresse les deux membres inférieurs, avec prédominance sur les extenseurs.

La malade ne présentant, par ailleurs, aucun signe d'intoxication endogène ou exogène, on peut donc conclure à une polynévrite spécifique de la période secondaire. Méconnaître l'existence de pareilles manifestations luétiques serait exposer les malades à un grave préjudice en les privant des bienfaits du traitement spécifique.

Belgodère.

D'une singulière infiltration uniformément diffuse de toute la muqueuse buccale chez un syphilitique récent, par Giuseppe Verrotti (Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de Catane). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 2, décembre 1927, p. 144.

Curieuse manifestation syphilitique dont l'auteur dit n'avoir rien trouvé de comparable dans la littérature. Il s'agit d'un malade de 27 ans, syphilitique depuis deux ans, qui vit d'abord apparaître de petites élevures indolores sur la muqueuse du palais osseux, puis une tuméfaction au niveau des gencives, des canines et des incisives et de la muqueuse des joues. Enfin cette tuméfaction envahit toute la muqueuse du palais dur et mou, des joues et des gencives. Il y avait un état hyperplastique de la muqueuse elle-même, avec coloration un peu plus sombre que la normale, sans érosions ni ulcérations. La région était déformée, les gencives, gonflées, formaient de petites languettes entre les dents ; les lèvres, refoulées par l'infiltration, étaient projetées en avant ; le palais osseux avait perdu sa forme de coupole et le raphé médian se présentait comme un sillon irrégulier ; le palais mou offrait une tuméfaction dans laquelle se perdait la luette. Ce qu'il y avait surtout de curieux, c'était l'*uniformité* de cette infiltration et sa consistance uniformément *dure et élastique*, ne donnant pas le signe du godet, comme le ferait une simple infiltration œdémateuse. Le Bordet-Wassermann était négatif, peu de troubles subjectifs à part un peu de gêne de la mastication. Le malade fut soumis à diverses cures, iodurées, bismuthiques, arsénobenzoliques, sans résultat bien net. Ce ne fut qu'au bout de *deux ans* après le début que la *restitutio ad integrum* fut enfin obtenue, par une cure iodurée associée à des injections de calomel de cinq centigrammes, faites tous les cinq jours.

Biopsie : infiltration inflammatoire du derme, composée surtout de cellules plasmatiques, avec endo et périphlébite, œdème diffus, hyperplasie de l'épithélium de la muqueuse.

Ces caractères histologiques, et surtout l'infiltration péri-vasculaire de cellules plasmatiques, justifiaient l'hypothèse de lésion spécifique. Il importe aussi de signaler que le Bordet-Wassermann, négatif au début, subit, au cours d'un traitement par l'arsénobenzol, une légère réactivation lors des premières injections, puis redevint négatif.

Le résultat du traitement, quoique tardif, justifie aussi la nature syphilitique.

Dans la littérature, la seule lésion qui se rapproche de cette description est le *syphilome hypertrophique diffus* décrit par Fournier, caractérisé par un œdème des organes génitaux, de la lèvre supérieure, du pavillon de l'oreille, ces régions prenant, par suite de leur augmentation de volume, un aspect monstrueux.

Fournier attribuait ces accidents, soit à une lymphangite syphilitique, soit à une infiltration inflammatoire en nappe.

Le professeur Verrotti propose, pour la lésion qu'il a décrite, l'appellation de *syphilome hypertrophique diffus de la muqueuse buccale*.

BELGODÈRE.

La réaction du benjoin colloïdal sur le sérum du sang dans la syphilis. La méthode du mélange antigène. — Teinture de benjoin selon Starobinsky et sa valeur clinique, par VITTORIO BARBAGLIA (Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de Sassari). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 2, décembre 1927, p. 164.

Les bons résultats obtenus pour le liquide céphalo-rachidien avec le benjoin colloïdal devaient naturellement faire essayer cette méthode pour l'étude du sang. Les premières tentatives ont donné des résultats contradictoires. Guillain et Laroche, Kudelski ont nié la valeur de la méthode, tandis que Arnaud en était satisfait.

Dujarric de la Rivière et Gallerand ont expérimenté un autre procédé, qui consiste à additionner la teinture de benjoin d'antigène de Bordet et Ruelens et la réaction ainsi réglée s'est montrée très sensible. Mais en réalité, dans ce cas, il s'agit d'une réaction qui diffère de celle qui est utilisée pour le liquide céphalo-rachidien.

Le benjoin ne ferait que faciliter la lecture des résultats, en permettant, sans appareil optique, de contrôler la floculation produite entre le sérum sanguin et l'antigène syphilitique.

Enfin, Starobinsky a utilisé une méthode analogue, en utilisant l'antigène extrait alcoolique de cœur de cheval.

Le professeur Barbaglia s'est proposé de contrôler la valeur de cette méthode. 164 sujets ont été examinés, dont 92 syphilitiques ou suspects et 72 non syphilitiques. Chez tous, on a fait simultanément le Bordet-Wassermann classique et le Starobinsky. Les résultats ont été les suivants :

Syphilis primaire (3 cas) : concordance complète ; les deux réactions fortement positives : 100 o/o.

Syphilis secondaire (12 cas) : concordance absolue dans 11 cas; réactions fortement positives. Dans un cas, le Starobinsky était négatif : 91,67 o/o.

Syphilis tertiaire (7 cas) : concordance positive 5 fois. Discordance de qualité 1 fois (12,29 o/o). Starobinsky négatif. Discordance de quantité 1 fois Starobinsky faiblement, Bordet-Wassermann fortement positifs : 14,29 o/o.

Syphilis latente récente (30 cas) : concordance complète : 60 o/o.

Syphilis latente ancienne (31 cas) : concordance de 64 o/o.

Syphilis congénitale (4 cas) : 75 o/o d'accord complet.

Syphilis douteuse (5 cas) : concordance : 60 o/o et pour les autres cas peu d'écart.

Non syphilitiques (72 cas) : accord absolu pour tous les cas : 100 o/o.

Dans l'ensemble des 164 cas, accord complet des deux réactions en intensité et en qualité, dans 82,32 o/o des cas. Accord partiel (différence d'intensité) : 7,32 o/o. Désaccord (différence de qualité) : 10,36 o/o.

Le professeur Barbaglia conclut à la spécificité de la réaction de Starobinsky. Il ne saurait être question de la substituer au Bordet-Wassermann, mais c'est un moyen de contrôle recommandable par sa valeur scientifique et sa simplicité d'exécution. BELGODERE.

Contribution à la connaissance de la syphilis ignorée (sept cas cliniques certains), par VINCENZO CAPUTO (de Cosenza). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 2, décembre 1927, p. 151.

L'auteur affirme que, dans la province de Cosenza, peuplée de 80.000 habitants, il y en a 50 o/o atteints de syphilis ignorée, 20 o/o chez les hommes, 30 o/o chez les femmes. Pourtant, il s'agit d'une population de villageois de mœurs pures, du moins quand ils ne peuvent pas faire autrement. Car beaucoup de maris vont travailler en Amérique, et en rapportent la syphilis, et beaucoup ont fait la guerre.

On sait qu'il existe des formes atypiques de syphilis, qui prennent le masque d'autres affections et dont le diagnostic par suite est difficile. Souvent, l'épreuve thérapeutique seule permet de remonter à la cause.

L'auteur rapporte sept cas de cet ordre, 5 femmes et 2 hommes, simulant gastrite chronique, malaria, infection typhique, neurasthénie, otite, anémie, dépression nerveuse. Les traitements usuels ayant échoué chez ces malades, la syphilis ayant été suspectée à cause de fausses couches, de réactions de Wassermann positives, le traitement spécifique institué, soit par l'arsénobenzol, soit par le bismuth, amena rapidement l'amélioration ou la guérison complète.

L'auteur insiste spécialement sur la syphilis gastrique, beaucoup plus fréquente qu'on ne croît et dont les symptômes diffèrent peu de ceux d'une gastrite banale ; on devra y songer dans les cas de trou-

bles gastriques rebelles aux traitements usuels. Il rappelle à ce propos les opinions conformes de Wile, Leredde, Gastou, Picchini.

Il insiste également sur la fièvre syphilitique, simulant la malaria et rappelle les travaux sur cette question de Fournier, Jeanselme, Blocq, Césa-Bianchi, Martelli, Fraulini, Sannicandro, etc... Alors que les auteurs ont jusqu'ici signalé des élévations thermiques ne dépassant pas 38 à 38,5, dans le cas rapporté par l'auteur, la température s'élevait jusqu'à 39,5. Il fait remarquer que l'interprétation de cette fièvre syphilitique est obscure et discutée. BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Sur la soi-disant épreuve de l'hydrophilie cutanée, par PIER ANGELO MEINERI (Travail de la clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Turin dirigée par le professeur BIZZOZERO. *Il Dermosifiligrafo,* janvier 1928, p. 3.

En 1923, deux Américains, Aldrich et Mc Clure, ont décrit l'épreuve de l'*hydrophilie cutanée.* Elle consiste à faire une minime injection intradermique de solution physiologique. Il se produit une élevure qui se résorbe plus ou moins vite. On peut ainsi mesurer le pouvoir d'absorption de la peau, et ses variations pathologiques. Dans la peau œdémateuse, l'élevure est très peu accentuée et disparaît très vite. Les deux Américains en ont conclu que la peau œdémateuse a un pouvoir d'absorption plus grand que la peau saine.

L'auteur a soumis cette soi-disant épreuve de l'hydrophilie cutanée à des expériences de contrôle dont le dispositif ne peut être résumé. Elles ont abouti à cette conclusion que le test américain est sans valeur. En effet, la peau n'est pas une membrane inerte ; elle réagit aux traumatismes tels que l'introduction de liquide, par un érythème, de la lymphorrée, une mobilisation leucocytaire.

C'est cette réaction qui contribue, autant que le liquide introduit, à former l'élevure constatée et dont l'importance dépend du pouvoir réactionnel de la peau. De même, la disparition de cette élevure est en rapport, moins avec l'absorption du liquide qu'avec la fin de la réaction cutanée.

La différence observée entre la peau saine et la peau œdémateuse ne tient pas à ce que cette dernière absorbe plus vite, mais à ce que son pouvoir réactif est presque aboli. BELGODERE.

Dermatite érythémato-pemphigoïde récidivante d'origine médicamenteuse (phénolphtaléine ?), par PIETRO STANCANELLI, Directeur de la Section Dermatologique de l'Hôpital Victor-Emmanuel, de Catane. *Il Dermosifiligrafo,* janvier 1928, p. 10.

La phénolphtaléine, qui est la substance active de beaucoup de purgatifs spécialisés, peut provoquer des éruptions qui offrent beaucoup d'analogies avec les antipyrides. Ces éruptions ont été signalées surtout en Amérique (sans doute à cause de l'emploi plus fréquent du

médicament) mais aussi dans divers pays. En France par Lauze (*Société des sc. méd. du Languedoc*, 5 janvier 1923).

L'auteur rapporte un cas personnel, observé chez une femme de 32 ans, qui usait de purgatifs variés pour combattre une constipation opiniâtre, et, à plusieurs reprises, fit usage de chocolats purgatifs à base de phénolphtaléine.

Au point de vue morphologique, les lésions présentaient les phases suivantes : *prurigineuse :* prurit intense, sensations de brûlure; *érythémateuse;* taches rouge vif ou rouge sombre avec tuméfaction de la peau ; *vésiculeuse :* apparition de vésicules petites et nombreuses ; *buleuse* : épiderme soulevé par des bulles pemphigoïdes remplies de liquide séro-purulent, pouvant atteindre le volume d'une mandarine et occasionnant de vives douleurs ; *érosive :* avec érosions suintantes; *cicatricielle :* comprenant deux phases, l'une d'hyperchromie, avec taches brunâtres, l'autre d'achromie avec zones blanches vitiligoïdes.

Au point de vue topographique, les lésions, à chaque poussée, se répétaient toujours aux mêmes points, dans la région du creux inguinal, et toujours plus intenses à chaque nouvelle poussée · elles gagnaient les organes génitaux externes, simulant des accidents syphilitiques ; enfin, par la suite, elles se manifestèrent, mais moins intenses, sur d'autres points du corps.

La malade eut ainsi quatre poussées en deux ans. Celles-ci ne se sont plus répétées du jour ou la malade a cessé l'emploi du médicament suspect.

Les deux enfants de cette femme avaient eu eux aussi, et avant leur mère, après absorption du même médicament, une éruption généralisée scarlatiniforme et même vésiculeuse chez l'un d'eux.

Des recherches nouvelles seraient nécessaires pour élucider la pathogénie de ces accidents. L'auteur croit à une idiosyncrasie et la coexistence des accidents chez la mère et chez les enfants serait un exemple de transmission héréditaire d'idiosyncrasie spécifique. C'est là, pour certains auteurs, un caractère qui permet de distinguer les accidents d'idiosyncrasie des accidents purement anaphylactiques.

Belgodere.

Gangrène cutanée symétrique de nature staphylococcique, par Gilberto Manganotti (Clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Florence, dirigée par le professeur Jader Capelli). *Il Dermosifiligrafo*, janvier 1928, p. 26 (2 figures).

Il s'agit d'un homme de 54 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et d'entérite probablement aussi bacillaire, avec mauvais état général, qui fut atteint d'un processus gangréneux de la partie moyenne des deux cuisses. Début par de petites pustules à la cuisse gauche, puis droite. Ces éléments se multiplièrent, devinrent confluents, leur rupture amena des érosions qui se fusionnèrent et aboutirent à la formation d'une large ulcération dont le centre était rouge, granuleux ; puis venait une zone moyenne nécrotique, recouverte de débris jaunâtres puriformes, en bouillie; enfin une zone externe fortement épaissie, dure, violacée.

Malgré les recherches les plus méticuleuses on ne put découvrir d'autres germes que le staphylocoque blanc ou doré.

Malgré les efforts thérapeutiques les plus variés, et les plus énergiques, y compris la destruction au thermocautère de la zone périphérique, rien ne put arrêter l'évolution de ce processus. Le malade voulut sortir de l'hôpital et mourut peu après, d'une péritonite, semble-t-il.

Comment expliquer une aussi grave évolution, alors que le staphylocoque est un germe si banal et qui cause des lésions souvent si bénignes? L'auteur pense que ce n'est pas le germe qu'il faut incriminer, mais le terrain, le facteur individuel, et dans le cas particulier, chez ce sujet tuberculeux, débilité, amaigri, asthénique, il est assez naturel que les facultés de défense organique aient été inhibées.

BELGODERE.

Infection gonococcique exclusivement localisée à un canalicule accessoire du raphé de la verge, par ANTONIO GINELLA (Clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Gênes, dirigée par le professeur RADAELI). *Il Dermosifiligrafo*, janvier 1928, p. 34, 1 figure.

Ce petit canal venait s'ouvrir au point d'attache du frein, par un orifice très étroit comparable à celui du canal lacrymal. A ce niveau on voyait sourdre une goutte de pus. Présence de gonocoques dans ce pus. En arrière : petit cordon dur, qui suivait le raphé sur une longueur de deux centimètres, et dont la pression faisait sortir du pus par l'orifice. Incision du trajet, désinfection, guérison. Cette infection est survenue quelques jours après un coït avec une fille publique.

L'intérêt de ce cas provient de ce que l'urètre a été indemne, bien qu'il soit plus vulnérable ; il y avait eu immédiatement après le coït une miction qui a peut-être joué un rôle préservatif.

Suivent des considérations sur l'origine de ces canaux accessoires du raphé, qui est très discutée. BELGODERE.

Lymphangite dorsale du pénis et abcès gonococciques, par ANTONIO POZZO (d'Udine). *Il Dermatosifiligrafo*, janvier 1928.

Quatre cas de cette complication blennorragique, dont les gros traités parlent peu, fait remarquer l'auteur. Cependant, dans les blennorragies très aiguës surtout, avec phimosis, œdème, l'invasion des lymphatiques de la verge est presque constante et la formation d'abcès lymphangitiques n'est pas exceptionnelle. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Des modifications des vaisseaux cutanés inhérentes à l'âge, par GIANFRANCO CHIALE (Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Milan, dirigée par le professeur PASINI). *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1625, 8 figures. Bibliographie.

Importance de cette étude, si l'on veut pouvoir distinguer les altérations véritablement pathologiques de celles, pourrait-on dire « phy-

siologiquement pathologiques ». Rappel des différents travaux sur ce sujet, et, parmi les plus récents, ceux de Arullani (Italie) 1917, Monacelli (Italie) 1924, Bellocq (France) 1925, Saalfeld (Allemagne) 1921, Spalteholz (Allemagne) 1927, Watanabe Susumu (Japon) 1921.

L'auteur a repris cette étude, spécialement au point de vue des vaisseaux sur une série de sujets, depuis le nouveau-né jusqu'au vieillard de 90 ans.

Nouveau-né. — Le caractère principal est la grande richesse de cellules nucléées bien distinctes, surtout dans le derme.

Sujets de 10, 20, 30 ans. — Augmentation de la masse du collagène, diminution des cellules fixes et des noyaux. Surtout, on constate un phénomène d'adaptation physiologique en rapport avec l'importance croissante de la fonction circulatoire. Il consiste dans un épaississement des parois vasculaires. L'adventice et la tunique moyenne, aussi bien des artères que des veines, sont plus développées et plus denses. L'élément élastique et surtout l'élastique interne sont plus développés que chez le nouveau-né et cette hyperplasie détermine aussi l'épaississement de l'intima.

Vieillards. — Modifications de la peau : l'épiderme en général est aminci, mais la couche cornée est au contraire plus épaisse, hyperkératosique ; l'amincissement porte surtout sur les couches granuleuse et épineuse, la couche basale est fortement pigmentée. Le derme est aussi moins épais, il y a des altérations scléreuses et disparition plus ou moins complète du tissu élastique ; les papilles, aplaties ont presque disparu. Dans l'hypoderme, disparition du tissu graisseux et aspect atrophique. Annexes : atrophie des follicules pilaires, disparition des poils, dégénérescence des *arrectores pilorum*, diminution et altérations des glandes sébacées, altérations de l'épithélium sécréteur des glandes sudoripares.

Quant aux vaisseaux, les capillaires sont peu altérés ; les noyaux des cellules endothéliales, petits, ratatinés, très colorés. Dans le corps papillaire, par suite de la disparition des papilles la disposition en anse des capillaires est presque disparue. Dans le derme réticulaire : modifications peu importantes consistant surtout dans l'épaississement du tissu conjonctif de l'intima, hyperplasie de l'élastique interne dont les fibres sont irrégulières, dissociées. Ces altérations sont sensiblement les mêmes pour les artères et les veines, ces dernières souvent ectasiées.

Les vaisseaux cutanés proprement dits sont en général moins altérés que ceux de l'hypoderme. Chez ces derniers, l'adventice et la tunique moyenne sont peu altérées, mais dans l'intima, le tissu conjonctif est hyperplasié, l'élastique interne dissociée en fines fibrilles. L'endothélium est proliféré, discontinu, la lumière du vaisseau partiellement oblitérée : les cellules présentent des altérations de dégénérescence vacuolaire avec gonflement des noyaux.

En résumé, les altérations séniles, qui ne deviennent évidentes que vers l'âge de 50 ans, portent surtout sur l'intima et l'élastique interne. Elles consistent surtout dans un processus de sclérose artérielle et

veineuse qui n'aboutit jamais à la dégénérescence hyaline et graisseuse et à la calcification, comme cela se voit sur les gros vaisseaux. Ces lésions sont plutôt comparables à celles qu'on observe sur les petites artères du rein. Ces altérations sont le plus souvent limitées aux vaisseaux de l'hypoderme, de calibre assez important et ce n'est seulement que dans quelques cas rares qu'on les voit atteindre aussi les vaisseaux du derme proprement dit. Les altérations vasculaires s'accompagnent toujours d'altérations séniles de la peau, qui peuvent elles-mêmes être influencées par des facteurs extrinsèques : climatiques, mécaniques, thermiques, chimiques. BELGODERE.

Contribution à l'étude des bromodermoses expérimentales, par TITO GUERRIERI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1584, 8 figures. Bibliographie.

Bien des travaux ont été déjà publiés sur les bromodermoses sans que le sujet soit épuisé et que tous les points obscurs aient été élucidés. Bien des théories pathogéniques ont été proposées, dont une entre autres semble avoir une base solide, la théorie gastrique de Féré, qui fait jouer un rôle essentiel à l'hypochlorhydrie.

L'auteur expose le résultat de ses recherches personnelles, expérimentales et histologiques

Il a soumis à la médication bromurée, par voie buccale ou souscutanée, des lapins, des rats, des chiens, en les intoxicant lentement, pour se placer dans les mêmes conditions que les malades traités par les bromures. Seulement chez quelques chiens, il a vu apparaître une éruption qui débutait au museau et s'étendait sur les pattes antérieures : petites élevures dures, recouvertes parfois d'une croûte, peau avoisinante rouge, poils clairsemés.

Chez tous ces animaux, il se produisait une diminution des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, une augmentation légère des leucocytes, sans modifications de la formule leucocytaire, de l'albuminurie, de l'amaigrissement.

Les altérations histologiques de la peau consistaient principalement en infiltrations embryonnaires et leucocytaires, accentuées surtout aux points où le réseau capillaire est le plus développé, c'est-à-dire dans les régions papillaires, péripapillaires, folliculaires, périfolliculaires, et autour des glandes sébacées. Cette infiltration pouvait surtout chez les chiens, aller jusqu'à former de petits abcès microscopiques, transformant la cavité folliculaire en une poche purulente. On notait en outre chez le chien, la présence fréquente dans ces follicules de *Demodex folliculorum*.

On constatait aussi des altérations des viscères, dont les plus typiques siégeaient aux reins, atteints de néphrite hémorragique, surtout corticale, mais aussi médullaire, avec infiltrations de leucocytes et suffusions sanguines dans les glomérules.

L'analyse chimique révélait dans les urines : présence de brome, albuminurie, hématurie, cylindrurie ; dans les viscères : présence de brome, surtout dans le foie et les reins ; dans la peau et même dans les poils, le brome fut constaté dans presque tous les cas.

A ces résultats expérimentaux chez l'animal l'auteur ajoute l'examen histologique d'une pustule d'acné bromique chez l'homme. L'épiderme y apparaît hypertrophié avec des lésions de kératose ; mais la lésion la plus caractéristique est une cavité pustuleuse, qui siège au sommet du nodule, délimitée par un repli de l'épiderme et du derme. Cette cavité est remplie de pus en petite quantité et de débris cornés. On note aussi des lésions de folliculite et de péri-folliculite ; certains follicules sont remplis de pus qui décolle complètement le poil ; la gaine interne du poil est détruite, tandis que la gaine externe folliculaire résiste davantage. Parfois, le follicule, complètement détruit, est remplacé par un petit abcès. Mêmes lésions d'infiltration et de suppuration des glandes sébacées et sudoripares. Parmi les éléments histologiques qui constituent les infiltrations inflammatoires des bromides, le professeur Pasini a décrit des cellules spéciales, qu'il a appelées cellules « écumeuses » (*schiumose*). L'auteur n'a pas retrouvé ces éléments.

D'une manière générale, chez l'homme les lésions vasculaires se sont montrées moins accentuées que chez les animaux.

De ces recherches, résulte d'abord ce résultat intéressant que, sauf chez le chien, on ne peut pas reproduire chez les animaux les mêmes éruptions bromiques que chez l'homme. Encore l'éruption obtenue chez le chien ne ressemble-t-elle pas à l'acné bromique de l'homme. De plus, chez le chien cette éruption coexistait avec la présence de *Demodex* dans les follicules, mais l'auteur ne croit pas que le *Demodex* doive être incriminé, parce qu'il occupe surtout l'embouchure des follicules tandis que les lésions de folliculite siègent surtout dans la partie profonde.

Une autre constatation importante est la présence du brome dans la peau. Ce fait est à rapprocher des lésions intenses observées dans les reins, qui montrent l'action irritante du brome sur les épithéliums ; il n'y a donc rien de surprenant qu'en s'éliminant par les glandes de la peau, il détermine aussi de ce côté des réactions inflammatoires. Il faut tenir compte également du développement particulièrement accentué des organes glandulaires dans la peau humaine et spécialement dans certaines régions telles que le dos ou la face où surviennent plus volontiers les éruptions bromiques.

Comment enfin expliquer les modalités si variées des éruptions bromiques, qui vont du simple érythème jusqu'aux productions néoplasiques et aux ulcérations. C'est là qu'interviennent sans doute des actions auto-toxiques qui s'associent à l'action irritante du brome, telles par exemple que celles qui résultent de l'hypochlorhydrie, incriminée par Féré, ou celles encore qui résultent des altérations du rein. BELGODÈRE.

Démonstration du brome dans les productions pathologiques des bromides humaines et considérations sur leur pathogénie, par PASINI (Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de l'Université de Milan dirigée par le professeur PASINI). *Giornale italiano di dermatolo-*

gia e sifilologia, vol. LXVIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1616, 5 figures. Bibliographie.

Ce travail vient compléter le précédent. Le professeur Pasini rappelle ses travaux antérieurs de 1906, par lesquels il avait démontré : 1° Que le brome se combine aux albumines et que sous cette forme, il est dissimulé et ne se révèle plus par les réactions usuelles. 2° Que les altérations cutanées sont provoquées par le brome mis en liberté dans la circulation, et qu'il exerce sur les tissus : *a*) une action chimiotactique positive, perceptible même cliniquement, aboutissant à la formation d'amas leucocytaires ; *b*) une action dégénérative sur les cellules conjonctives, aboutissant à l'apparition de cellules spéciales, les *schiumphagocytes*, qui sont un élément caractéristique des bromides. Avec d'autres auteurs (Féré) il admettait que la condition particulière qui permet la libération du brome était une achlorhydrie du suc gastrique.

Depuis des recherches ultérieures l'ont amené à rejeter l'influence de ce dernier facteur ; quant aux schiumphagocytes, tout en continuant à les considérer comme un élément typique, il a reconnu qu'il ne s'agissait que d'une variété de macrophages.

L'auteur vient de compléter ces recherches anciennes grâce à un cas de bromides très étendues, survenues chez une femme de 28 ans, qui avait absorbé des bromures pendant une année. En traitant les tissus malades de manière à détruire la matière organique et à chasser ainsi le brome de sa combinaison protéique, il a pu déceler nettement la présence de cette substance. *C'est la première fois que pareille constatation a pu être faite dans des productions pathologiques.*

Les recherches de Guerrieri, ci-dessus exposées, ont d'autre part. démontré la présence du brome dans la peau et les poils d'animaux soumis à l'ingestion de bromures.

Il semble que de très petites quantités de brome peuvent suffire à produire des réactions cutanées, car on en a observé chez des nourrissons allaités par leur mère soumise à la médication bromurée et la transmission peut même se faire *in utero*, comme l'a montré le cas d'un enfant dont la mère, pour combattre des crises éclamptiques, avait reçu du bromure. Il semble donc qu'il existe chez certains sujets, une sensibilité particulière qui semble du reste prouvée par des cuti-réactions positives démontrant un état d'allergie aux bromures. Il semble aussi que la *lenteur d'élimination* soit une condition favorable.

L'auteur examine ensuite les diverses théories pathogéniques :

1° Théorie biotropique (Sabouraud, Milian, Danel) qui s'appuie surtout sur la présence constante de staphylocoques dans les lésions.

Objection : le staphylocoque est un germe bien banal, tandis que les bromides sont rares.

2° Théorie vaso-motrice qui attribue les lésions à des troubles vasomoteurs dus à des altérations d'organes centraux.

Objection : les lésions cutanées, parfois très importantes, peuvent difficilement s'expliquer par de simples troubles vaso-moteurs.

3° Théorie de l'irritation locale : lésions provoquées par le brome mis en liberté. Les recherches chimiques ci-dessus exposées semblent confirmer cette opinion. Le brome se dégagerait au contact des sécrétions acides, sudoripares ou sébacées.

Objection : on observe de vastes bromides dans des régions pauvres en glandes.

4° Théorie chimique : c'est le chlore qui déplacerait le brome de sa combinaison protéique ; les bromides se produiraient dans les régions riches en chlore, et le corollaire thérapeutique, c'est de traiter les bromides par l'injection intraveineuse de NaCl (sérum physiologique). Objection : la pratique n'a pas confirmé la théorie et les injections de NaCl n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

5° Théorie anaphylactique : il y aurait une sensibilisation spécifique (qui semble prouvée par les cuti-réactions positives) et une sensibilisation aspécifique, à des poisons protéiques dont la formation serait provoquée par l'intoxication bromique. Cette hypothèse, émise par Kolmer, est peut-être la meilleure ; elle est en tout cas la plus « à la mode ». BELGODERE.

Etude de la réserve alcaline du sang dans quelques maladies de peau, par U. CERCHIAI (Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Messine, dirigée par le professeur MIBELLI). *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1570.

L'auteur rappelle les notions actuellement admises sur l'*équilibre acide base*, c'est-à-dire sur la proportion relative des hydrogénions et des oxydrilions. Est acide un liquide dans lequel la concentration des hydrogénions est supérieure à 10^{-7} (concentration de l'eau) alcalin, un liquide où cette concentration est inférieure à 10^{-7}. Plus commodément, on exprime cette concentration par le logarithme négatif de la concentration elle-même, ou symbole pH. Les liquides acides ont un pH inférieur à 7 ; les liquides alcalins un pH supérieur à 7. Le pH du sang varie de 7,0 à 7.8. Ce pH se maintient constant, malgré un mouvement continuel d'entrées et de sorties d'acides et de bases. Cela grâce à des substances dites substances *tampons*, qui rétablissent l'équilibre (acide carbonique du sang, phosphates des hématies, globules rouges qui ont la propriété de fixer HCl et O). En outre certains tissus et organes jouent un rôle régulateur (poumon, foie, intestin, reins).

L'équilibre acide-base peut dévier vers l'acidose (gazeuse ou non gazeuse) ou vers l'alcalose. Si le rôle des tampons est insuffisant, le déséquilibre, en cas d'acidose, se manifeste par de l'hyperpnée, qui aboutit à la dyspnée urémique ; en cas d'alcalose, par de la tétanie, qui aboutit à un état convulsif.

Au point de vue clinique cet état de déséquilibre chimique offre peu d'intérêt pratique, car il s'accompagne de signes cliniques graves. Ce qui est intéressant, c'est de dépister les petites variations de l'équilibre acide-base qui restent cliniquement latentes, parce que leur découverte permet une action préventive. On peut rechercher les

variations du pH, mais elles ne sont appréciables que quand elles atteignent un degré accentué. Par contre, les variations les plus légères du pH se réflètent dans les variations des carbonates du sang, faciles à apprécier, et l'étude de cette *réserve alcaline* permet ainsi de déceler les variations légères d'hyper ou d'hypo-acidité de l'organisme. Ces dosages s'effectuent facilement par la méthode de Van Slyke. A l'état normal, 100 centimètres cubes de plasma sanguin contiennent de 77 à 53 centimètres cubes de CO^2 ; de 53 à 40 il y a acidose légère, au-dessous de 40 acidose moyenne, au-dessous de 30 acidose très forte.

L'auteur a pratiqué la recherche de la réserve alcaline chez un certain nombre de malades atteints de dermatoses diverses. Il a constaté une légère acidose (non gazeuse) dans la plupart des cas d'eczéma, et aussi dans des cas de psoriasis (ces derniers il est vrai peu nombreux : 8). Dans certains cas, il a vu l'équilibre acide-base se régulariser en même temps que la dermatose s'améliorait ; jamais il n'a constaté le phénomène inverse. Ces résultats concordent avec ceux obtenus en France par Drouet et Verain qui ont vu, par l'administration de substances alcalines, par voie endoveineuse ou gastrique, s'améliorer les manifestations cutanées, en même temps que le taux de la réserve alcaline redevenait normal.

Toutefois, l'auteur reconnaît que ses résultats sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Il est à désirer que la méthode de dosage de Van Slyke, très pratique, soit expérimentée sur une plus vaste échelle.

Belgodere.

Aplasie moniliforme des cheveux (Monilethrix), par Mario Artom (Grand Hôpital de la Charité de Novare. Section dermosyphiligraphique dirigée par le professeur Mario Artom). *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1547, 11 figures, 60 références bibliographiques.

Après avoir rappelé les caractères classiques de cette affection et exposé les diverses théories pathogéniques proposées, l'auteur décrit un cas personnel qui correspond bien aux descriptions habituelles, tant au point de vue clinique qu'histologique. Caractères particuliers : enfant de neuf ans, début à l'âge de cinq mois. Hérédité familiale homosexuelle le père et le grand-père atteints de la même affection. Pas de kératose pilaire associée aux sièges classiques, comme il est habituel, mais une kératose folliculaire et supra folliculaire au cou et aux membres inférieurs. Mensurations anthropobiométriques montrant un retard de développement qui fait suspecter un état endocrinien. Confirmation de ce soupçon par l'étude du système sympathique au moyen des différentes épreuves pharmacodynamiques (adrénaline, atropine, pilocarpine, gynergène, thyroïdine). Ces épreuves montrent une hypoexcitabilité marquée du sympathique et du para-sympathique.

Un premier essai thérapeutique, fait avec la thyroïdine, sembla

tout d'abord donner un résultat satisfaisant : les cheveux commencèrent à repousser avec un aspect normal ; mais cette amélioration ne persista pas, et, au bout de peu de temps, ils reprirent leur aspect moniliforme.

On provoqua ensuite l'épilation avec l'acétate de thallium, suivie d'applications de pommades kératolythiques, dans l'espoir que la disparition des amas kératosiques folliculaires, que l'on a accusés d'être la cause de la dystrophie pilaire, amènerait la guérison. Cet espoir ne se réalisa pas. En somme, échec thérapeutique complet.

L'auteur discute ensuite les principales théories pathogéniques :

1° La dystrophie pilaire est due à la pression exercée sur le poil par la papille kératosique. Trois arguments contre cette théorie. *a*) alternance de la dystrophie : parties du poil alternativement saines et altérées ; *b*) cas d'aplasie non accompagnée de kératose ; *c*) cas de kératose non accompagnée d'aplasie.

2° L'alternance des parties saines et dystrophiques est due à des troubles intermittents d'irrigation sanguine. Chez l'enfant observé par l'auteur, on a fait l'examen capillaroscopique du cuir chevelu et l'on n'a constaté aucun trouble circulatoire anatomique ou fonctionnel.

3° L'aplasie moniliforme est due à une dystonie sympathique et à une dysfonction endocrine. C'est à cette dernière hypothèse que vont les préférences de l'auteur. Elle lui semble établie : *a*) par les mensurations anthropobiométriques ; *b*) par les épreuves pharmacodynamiques ; *c*) par l'examen clinique ; *d*) par l'amélioration temporaire obtenue au moyen de la thyroïdine.

Il n'est pas dit du reste pour cela qu'il doive y avoir hérédité similaire, mais il peut y avoir hérédité de prédisposition. Ce qui est héréditaire, c'est le dysendocrinisme, qui peut, à travers les générations successives, se manifester d'une manière variable.

BELGODERE.

Purpura hémorragique et adénopathie généralisée simulant une leucémie lymphatique aiguë. Expression d'une myélose aplastique partielle « leucoplastrinopénique » de nature syphilitique (État actuel des purpuras et contribution clinique et histologique), par G. SANNICANDRO (Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de l'Université de Bari, dirigée par le professeur MARIANI). *Giornale italiano di dermatologia e Sifilologia*, vol. LXVIII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1529.

L'auteur fait d'abord un exposé de l'état actuel de la question des purpuras, qui comporte encore tant de points obscurs. Il critique la classification française en purpuras primitifs et secondaires (comment être certain qu'il n'est pas secondaire, si la cause est inconnue ?). Il préfère la classification allemande en *thrombopénies* et *angiopathies* suivant que le purpura parait être dû à des altérations du sang ou à des altérations des vaisseaux. Les thrombopénies se divisent elles-mêmes en thrombopénie *essentielle*, ou bénigne (type : maladie de Werloff) et thrombopénies *symptomatiques* ; celles-ci sont causées par des altérations de la moelle (th. *myélosiques*) ou de la rate (th.

splénopathiques). Les angiopathies comprennent deux types : la *toxicose capillaire hémorragique* ou maladie de Schœnlein-Henoch ou purpura anaphylactoïde, qui offre de grandes analogies avec la maladie du sérum, et l'*endothéliose hémorragique* ou maladie de Litten.

Après ce rappel de notions préliminaires, il expose le cas d'un homme de 70 ans, sans antécédents morbides qui fut atteint subitement d'hémorragies profuses et incoercibles de la muqueuse buccale, d'hémorragies cutanées à type pétéchial, de micropolyadénopathie généralisée, sans fièvre, ni douleurs articulaires et abdominales. Rien de particulier à l'examen somatique. Réaction de Bordet-Wassermann nettement positive. Diminution du calcium hématique. Les examens hématologiques répétés mirent en évidence une notable diminution des plaquettes une leucopénie avec neutropénie et monocytose relative, neutropénie que ne purent faire diminuer les injections d'adrénaline.

A l'examen histologique de la peau, rien d'intéressant. L'examen d'un ganglion extirpé montra dans quelques zones, une structure normale, des follicules riches de jeunes éléments avec de nombreuses caryokinèses normales, un processus modéré de desquamation endothéliale et de la congestion vasculaire. Dans d'autres zones, au contraire, amas de lymphocytes constitués surtout de jeunes éléments et de monocytes, éléments du réticulum en réaction nettement hyperplastique avec aspect épithélioïde-endothélioïde, très grande abondance de caryocinèses à divers stades de développement, absence de polynucléaires et de cellules géantes.

Le traitement arsénobenzolique intramusculaire apporta une amélioration très nette : disparition des symptômes purpuriques, régression des ganglions. Un an après le début l'examen hématologique révéla une leucocytose normale avec monocytose relative ; l'exploration clinique met en évidence un empâtement ganglionnaire axillaire et inguinal.

D'après l'évolution clinique et les examens hématologiques et histologiques on peut éliminer la leucémie lymphatique, la lymphogranulomatose, la monocytose infectieuse, les anémies, et on peut admettre une *thrombopénie symptomatique* par atteinte de la moelle osseuse, avec réaction ganglionnaire généralisée représentant un mécanisme de défense et de fonction vicariante de la production des éléments de la série blanche. L'origine syphilitique est mise en évidence par la réaction de Bordet-Wassermann positive et les résultats thérapeutiques.

BELGODERE.

Contribution à l'étude de la maladie de Bowen du Gland, par TULLIO SCOMAZZONI (Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'Université de Milan, dirigée par le professeur PASINI). *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1505, 9 figures, 2 pages de bibliographie.

L'auteur a eu la bonne fortune, non seulement de rencontrer trois cas de cette maladie rare, puisqu'on n'en compte dans la littérature que 8 à 10 cas sur les muqueuses, mais en outre, ces trois cas correspondaient à trois étapes différentes de cette lésion.

La maladie de Bowen, décrite par cet auteur en 1912, appartient au groupe des dermatoses *précancéreuses*, avec la kératose sénile, la maladie de Paget cutanée, le xeroderma pigmentosum, la dermite des rayons X, la kératose arsenicale, l'épithélioma des marins de Unna. Décrite d'abord sur la peau, on l'a rencontrée ensuite sur les muqueuses (1re observation de Jessner sur le prépuce en 1921, puis de Hudelo sur la muqueuse vaginale en 1922).

Les affections avec lesquelles on peut la confondre et dont l'auteur discute le diagnostic différentiel, sont : l'érythroplasie du gland de Queyrat, la maladie de Paget extra-mammaire, l'épithélioma pagétoïde de Darier, les diabétides du gland, la syphilis tertiaire, le lupus des muqueuses, le psoriasis, l'épithélioma baso-cellulaire.

Les trois cas observés par l'auteur siégeaient sur le gland et le feuillet interne du prépuce. Leurs caractères cliniques étaient presque identiques, mais leurs caractères histologiques présentaient des différences importantes.

Au point de vue clinique, évolution lente (2 à 30 ans) aspect de plaques rouge sombre, arrondies, à limites nettes, à surface brillante ou recouverte d'une légère desquamation, érosions parfois sur certains points, légèrement saillantes et infiltrées.

Au point de vue histologique, on pouvait constater le passage de la forme pré-épithéliomateuse pure à la forme de dégénérescence épithéliomateuse.

Dans le premier cas, la couche cornée présentait de l'hyperkératose, de la parakératose, de la dyskératose ; le corps de Malpighi était acanthosique et œdémateux, ses cellules offraient une disposition *désordonnée* irrégulière, avec évolution cornée atypique, divisions nucléaires amitosiques, proliférations et amas nucléaires d'aspect irrégulier. *La couche basale, au contraire, était partout intacte.*

Dans le second cas, outre les mêmes altérations que ci-dessus, il y avait des signes de *prolifération de la couche basale*, plutôt à type hyperplastique que métaplastique ; en tout cas, il persistait une délimitation nette du côté du derme.

Dans le troisième cas, la *dégénérescence épithéliomateuse était évidente* ; on constatait une infiltration épithéliale profonde, avec formation de bourgeons et de nids cellulaires dans le tissu conjonctif papillaire et réticulaire, qui avaient les mêmes caractères dyskératosiques que l'épithélium.

Dans les trois cas, il y avait dans le derme, outre des réactions conjonctives. des foyers d'infiltration de lymphocytes, de cellules plasmatiques et de rares mastzellen.

Le réseau élastique, bien conservé dans le premier cas, était rare ou disparu dans les deux autres.

L'auteur fait remarquer l'analogie évidente de ces lésions avec celles du cancer expérimental provoqué par le goudron, les rayons X, l'arsenic.

On a discuté pour savoir si l'on devait considérer la maladie de Bowen comme une dermatose précancéreuse. Ducrey la considère dès

le début comme une forme maligne. Tommasi a proposé de l'appeler : *épithélioma superficiel bénin, type Bowen.*

Il s'agirait d'abord de s'entendre sur le concept de malignité. Si le désordre épithélial suffit à caractériser la malignité, alors, la maladie de Bowen mérite bien, dès le début, d'être considérée comme un processus malin. Mais si la malignité est caractérisée par l'infiltration et l'invasion en profondeur, ces caractères manquent, pendant un temps plus ou moins long, dans la maladie de Bowen, et le terme *précancéreux* est justifié.

Récemment Bierich, étudiant le cancer expérimental, a imaginé une théorie d'après laquelle il existerait une sorte d'équilibre physico-chimique entre les protoplasmas des différents éléments cellulaires d'un tissu. Quand cet équilibre vient à manquer, il se produit des altérations qui intéressent les diverses qualités de cellules dont se compose le tissu, par exemple, épithéliales et conjonctives, et ces altérations se manifestent d'une manière variable selon la catégorie de cellules atteintes. Dans la maladie de Bowen, comme dans le cancer expérimental, il existe des lésions d'infiltration conjonctive et des altérations du tissu élastique, qui selon les vues de Bierich pourront peut-être un jour donner la clef de la pathogénie et de l'évolution de cette dermatose. BELGODERE.

Acta Dermato-Venereologica de Stockholm.

Sur les kératodermies au cours des affections articulaires d'origine gonococcique et non gonococcique (Ueber Keratodermien im Anschluss an Gelenkaffektionen gonorrhoischen und nicht-gonorrhoischen Ursprungs), par W. LAJANDER. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 4, décembre 1927, p. 227, 20 figures.

L'auteur apporte 7 cas de kératodermies survenues au cours d'affections articulaires d'origine gonococcique ou non gonococcique. Il conclut que les kératodermies au cours des affections articulaires d'origine gonococcique ne se distinguent en rien des kératodermies développées à la suite d'arthropathies chroniques d'une autre étiologie. L'aspect clinique, les structures macroscopiques et histologiques sont identiques, L. a réussi à provoquer dans deux cas de kératodermie gonococcique par des pansements humides des lésions analogues à celles survenues spontanément. Toutes les affections articulaires compliquées de kératodermies d'origine gonococcique ou non gonococcique se montrèrent très réfractaires à tous les traitements, même les plus intensifs. Le salvarsan fut efficace dans un seul cas, dans deux autres il aggrava la maladie ou resta sans effet. OLGA ELIASCHEFF.

Encéphalite hémorragique (apoplexie séreuse) au cours d'un traitement par le néosalvarsan. Guérison et continuation systématique du même traitement. Par H. CH. GJESSING. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm,* vol. III, fasc. 4, décembre 1927, p. 268.

Apoplexie séreuse survenue trois jours après une injection de 60 centigrammes de néosalvarsan (4e injection). L'auteur discute la

pathogénie de cette affection et la considère comme un syndrome engendré par divers facteurs étiologiques. La syphilis paraît jouer un rôle capital dans l'apoplexie séreuse survenue au cours d'un traitement par le salvarsan. L'apparition au début du traitement n'indique ni l'intolérance, ni un dosage excessif. Un grand nombre d'auteurs ont décrit des lésions syphilitiques du cerveau et dans le cas de G. il exista une méningite syphilitique : réactions de Wassermann et de Lange positives, hyperalbuminose, augmentation du nombre des cellules dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur ne partage pas l'opinion de Milian d'après lequel l'apoplexie séreuse n'a rien à voir avec l'infection syphilitique ; elle serait d'après Milian un syndrome angioneurotique local, une crise nitritoïde locale, due à une insuffisance surrénale. Dans son cas l'auteur a pu continuer le traitement par le salvarsan en ne dépassant pas la dose de 60 centigrammes accompagné toujours, par prudence, d'une injection sous-cutanée de suprarénine. Il discute la valeur de l'adrénaline dans ces cas et croit que ce médicament n'est pas indispensable dans l'encéphalite hémorragique.

Olga Eliascheff.

La maladie de Fox-Fordyce avec un état spécial du système végétatif (Fox-Fordyce'sche Krankheit mit eigenartigem Verhalten des vegetativen Systems), par Tadeusz Chorazak et Stanislaw Ostrowski. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 4, décembre 1927, p. 298, 4 figures.

Description clinique et histologique d'un cas de la maladie de Fox-Fordyce. La pathogénie est discutée. L'auteur s'arrête tout particulièrement sur les troubles nerveux présentés par son malade âgé de 19 ans. L'examen du système nerveux végétatif, pratiqué par des injections de pilocarpine et d'adrénaline, montra au moment de la crise de prurit une hyperexcitabilité du système parasympathique ; en outre, on constata une augmentation du nombre des cellules éosinophiles dans le sang avec diminution du nombre des lymphocytes. A la période d'accalmie l'auteur constata l'absence de cellules éosinophiles dans le sang, une lymphocytose et une hyperexcitabilité du système nerveux sympathique. A la période de malaise général, c'est-à-dire au stade des prodromes, la pilocarpine démontra un équilibre apparent du système végétatif, équilibre considéré comme le passage à l'hyperexcitabilité du parasympathique. L'auteur croit possible d'admettre, en relation avec la vagotonie partielle et avec les fonctions exagérées des glandes sexuelles chez son malade, une sécrétion très augmentée des glandes sudoripares apocrines : le secret de ces glandes, qualitativement différent du secret des glandes eccrines et augmenté pendant la période d'excitation sexuelle, pourrait produire une irritation des fibres nerveuses sensitives et des terminaisons périphériques du sympathique et par cela provoquer les accès de prurit. A la suite de l'irritation produite par le secret des glandes apocrines et par sa composition chimique, il se produirait une hyperkératose des entonnoires folliculaires et ensuite la formation de kystes, la dilatation des glandes sudoripares et de ses conduits excréteurs. Olga Eliascheff.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

Un cas d'induration plastique de la verge, par D. Khoudadoff (Bakou). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 1, janvier 1928, pp. 44-48.

Le malade est un homme marié, Russe, âgé de 40 ans se plaignant d'induration de la verge et de sa déviation pendant l'érection, rendant le coït douloureux, depuis 2 mois. Le malade est détenu depuis 2 ans et s'adonnait à l'onanisme. Un mois avant le début de son affection il a reçu la permission de coucher une fois par semaine chez lui et avait des rapports intempestifs et immodérés. Avait eu 3 blennorragies en 1907, 1917 et 1924. En 1910, chancre dur. Rien de particulier aux viscères. B.-W. — Pas de troubles de la miction. On palpe au milieu des corps caverneux un corps dense, cartilagineux, et même de consistance osseuse, mesurant 4 centimètres. En outre, il y a une petite induration grosse comme un pois. La peau de la verge est normale. Urines normales. L'anamnèse, la clinique et la biopsie font poser le diagnostic d'induration plastique de la verge, ce qui est confirmé par les rayons X. Après avoir cité les opinions diverses sur le traitement et l'étiologie de l'affection, l'auteur pense que la cause de la maladie chez le malade cité a été ses rapports nombreux et immodérés. Les excès sexuels ont amené des ruptures des vaisseaux caverneux et l'hématome formé s'est organisé en tissu conjonctif qui a été imprégné par des sels calcaires. Bermann.

A propos de la fuso-spirillose et de ses rapports avec la syphilis, par A. V. Rossoff. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 1, janvier 1928, pp. 50-64.

Se basant sur des données bibliographiques et un cas personnel de fuso-spirillose chez une syphilitique de 18 ans, l'auteur arrive aux conclusions ci-dessous : La question des rapports de la fuso-spirillose avec la syphilis mérite beaucoup plus d'attention de la part des vénéréologistes qu'on ne lui en fait actuellement. Il faut rechercher la fuso-spirillose dans tous les cas d'ulcérations guérissant mal et lentement, surtout avec des phénomènes de désagrégation putride chez les malades en général et les syphilitiques en particulier. Les ulcérations fuso-spirillaires peuvent parfois résister au traitement général et local, en particulier à l'action du néosalvarsan, beaucoup plus que les ulcérations syphilitiques. Le stovarsolan (stovarsol russe) mérite une grande attention comme topique curatif. L'étude de la fuso-spirillose comporte encore beaucoup d'inconnu, de mal établi et il faut pour éclaircir cette question des recherches cliniques et expérimentales ultérieures. Bermann.

Un cas d'intoxication générale post-novo-salvarsanique terminé par la guérison, par Chwartzman (Koursk). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 1, janvier 1928, pp. 48-49.

Un tabétique âgé de 39 ans accuse après une première injection intraveineuse de novosalvarsan (néosalvarsan russe) à la dose de 0 gr. 20 (série 467) une céphalée intense avec faiblesse. Un autre

malade accuse les mêmes sensations après o gr. 40 de novosalvarsan de la même série. La seconde injection est faite à la même dose après dix jours (série 486), 2 heures plus tard fièvre, pouls fréquent et faible, céphalée occipitale, douleurs lombaires. Ensuite rigidité occipitale, nausées, sueurs abondantes, constipation. Plus tard, vomissements, éruption scarlatiniforme du tronc, obnubilation, apathie, diarrhée. Au bout de 11 jours les troubles gastro-intestinaux et cérébraux ont passé et le malade a tout à fait guéri. BERMANN.

La pathologie et l'histologie de cutis verticis gyrata (Jadassohn-Unna), par N. E. ANDERSON (Moscou). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 1, janvier 1928, pp. 2-17.

Cette affection est assez rare et se rencontre presque toujours chez les hommes, car chez les femmes cette anomalie du cuir chevelu est difficile à observer à cause des cheveux longs. Le cas de Pasini ayant en 1913 décrit cette affection chez une femme de 65 ans était jusqu'ici unique. Après une revue bibliographique de la question, l'auteur décrit un cas personnel observé chez une femme de 43 ans soignée à la clinique thérapeutique pour une myocardite décompensée. Les parents de la malade sont décédés de cause inconnue ; la malade est enfant unique. Réglée depuis l'âge de 15 ans, mariée à 17 ans. Pas d'avortement. Un seul enfant mort de cause inconnue. A eu la rougeole dans l'enfance. En 1919, typhus exanthématique. Ménopause à 39 ans. Nie la syphilis et les maladies cutanées. Souffre du cœur depuis une année. Vit dans des conditions antisanitaires. Cyanose faciale. Œdème des membres inférieurs, ascite. Urines albumineuses. Psychisme affaibli. Après la coupe des cheveux, on a constaté au cuir chevelu un imago rappelant celui du cerveau. La nuque est couverte de bourrelets saillants de 3 à 10 centimètres de long, de 1-2 centimètres de large et autant de hauteur. Ces bourrelets vont tantôt parallèlement, tantôt se croisent, s'anastomosent et sont séparés par des sillons. Le même tableau s'observe au sommet de la tête et sur les parties pariétales. Le cuir chevelu est pâteux, plus mobile qu'ordinairement et plus mou, doux. Les cheveux sur les bourrelets sont plus clairsemés, et dans les sillons plus denses. La malade ignore cette anomalie. La biopsie a montré que l'image se caractérise par les particularités suivantes : 1° l'abondance des vaisseaux lymphatiques distendus et des vaisseaux vasculaires élargis ; 2° l'atrophie des faisceaux élastiques de la couche papillaire ; 3° un réseau développé des faisceaux élastiques, par places même renforcé dans les couches profondes du derme ; 4° le tissu collagène non modifié ; 5° dans les grosses artères, une multiplication des faisceaux élastiques dans leurs parois ; les cheveux fortement pigmentés, à structure normale ; les follicules pileux épais avec des membranes conjonctives épaisses ; 7° les muscles horripilateurs sont partout puissants sous forme de faisceaux musculaires lisses fort épais ; 8° les glandes sébacées sont nombreuses et fort développées ; 9° les glandes sudoripares sont peu nombreuses et de constitution normale. L'auteur conclut en considérant la *cutis verticis gyrata* non pas comme une affection spéciale, mais comme un symp-

tôme d'un état dystropique général caractérisé par une hypertrophie diffuse de toutes les parties de la peau. La cause : troubles endocriniens ou du système sympathique d'origine intra- ou extra-utérine, à la suite de conditions générales ou locales. BERMANN.

La botryomycose humaine, par MILMANE (Tachkente). *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. VI, nº 1, janvier 1928, pp. 17-29.

L'auteur décrit en détail 6 cas personnels de cette affection, chez 3 hommes et 3 femmes. Il y avait parmi eux 3 Juives, 2 Juifs et 1 Russe. L'âge des malades variait de 14 à 28 ans. La localisation fut la suivante : 2 aux doigts de la main, 2 au cuir chevelu, 1 sur la lèvre inférieure et 1 au pubis. Presque tous les malades invoquent un traumatisme, abcès, piqûre, brûlure, coupure, etc., qui a précédé de 2 à 5 semaines l'apparition de la tumeur. La tumeur a des dimensions d'un pois ou d'une noix en général, ronde ou elliptique. Sa surface est ulcérée, érosive. La tumeur siège toujours sur un pédoncule qu'elle recouvre. La coloration est rouge ou jaune-rouge, s'il y a des croûtes à la surface, ou du pus. La tumeur saigne facilement. Son développement complet dure 2-3 semaines, ne guérissant jamais d'elle-même. Le microscope montre un tissu à granulations avec vaisseaux abondants, mais dans d'autres tumeurs c'est l'élément vasculaire ou conjonctif qui prédomine. Se basant sur des données bibliographiques et personnelles, l'auteur conclut que la botryomycose n'est pas une entité étiologique, mais morphologique, dont la formation et le développement dépendent non pas d'un agent spécifique, mais d'un agent mécanique (traumatisme). Les infections bactériennes sont secondaires et empêchent la guérison. Les termes « granulome télangiectasique », « granulome pyogénique », « granulome pédonculé » doivent être abandonnés et remplacés par celui proposé par l'auteur : « caroncule luxuriant solitaire ». BERMANN.

Contribution à l'étude des complications des injections intramusculaires des médicaments antisyphilitiques par la gangrène profonde des tissus. Dix cas de gangrène de la fesse (escarre), par E. KROM (Smolensk). *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. VI, nº 1, janvier 1928, pp. 35-44.

Les injections intramusculaires des différentes préparations antisyphilitiques sont devenues très nombreuses et fréquentes et ont amené pour cette raison un nombre considérable de complications, surtout de gangrène profonde de la fesse, décrite par des auteurs russes et étrangers. L'auteur rapporte 10 cas d'escarres fessiers dont un personnel.

Six cas sont dus aux injections de biiodure de mercure à 4 o/o et 4 cas au salicylate de bismuth à 10 o/o. Naturellement, les conditions élémentaires d'antisepsie et d'asepsie ont été observées, quant au lieu d'injection et quant à l'instrumentation. Ces escarres ont été constatées chez des personnes ayant déjà subi des séries d'injections antérieures.

L'auteur soutient la théorie du professeur Nikolsky expliquant la

gangrène par l'introduction du médicament dans la lumière vasculaire, artérielle, ce qui amène une nécrose de l'endothélium et la formation d'un thrombus ou la fermeture mécanique (embolie) des troncs artériels par les particules de l'émulsion. Cette hypothèse a été vérifiée et prouvée par les auteurs russes et étrangers, tant cliniquement qu'expérimentalement. Il faut faire l'injection en 2 temps, s'assurant d'abord que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau et éviter les endroits où il y a des infiltrations antérieures. Enfin le choix du médicament le mieux toléré a aussi son importance.

BERMANN.

Contribution à la classification et à la nomenclature de la tuberculose cutanée, par S. E. SLADKOVITCH (Moscou). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 1, janvier 1928, pp. 30-35.

Ayant durant 5 ans observé plus de 2.500 malades atteints de tuberculose cutanée, l'auteur constate que la classification et la nomenclature sont imparfaites en cette matière où un type morbide a plusieurs termes variés, ce qui complique et embrouille l'étude. Des symptômes de second ordre, fortuits servent parfois pour donner une nouvelle appellation à l'affection dont la pathogénie et la morphologie restent les mêmes. Il est vrai que la tuberculose cutanée est très variée et il n'y a pas 2 cas semblables par leur morphologie, évolution, pronostic, etc. Il faut garder les termes utiles, stricts et observer une économie dans leur distribution. L'auteur propose une classification basée sur les principes suivants : 1° l'identité de l'étiologie (l'infection tuberculeuse dans le sens vaste de ce mot) ; 2° la division de toutes les manifestations de la tuberculose cutanée d'après leurs éléments éruptifs morphologiques (macule, papule, tubercule et gomme) par analogie aux manifestations syphilitiques de la peau ; 3° dans la nomenclature sont introduits des termes simples et clairs, recommandés autrefois par Jadassohn et qui ont reçu dernièrement le droit de cité. Aux manifestations maculeuses on ne trouve pas encore de forme connue, car ce qu'on appelle le lupus maculeux doit être rangé parmi les formes tuberculeuses. Aux formes papuleuses appartiennent : la tuberculose cutanée miliaire disséminée, la tuberculose lichénoïde (*lichen scrofulosorum*), papulo-nécrotique (*folliculis*), la tuberculose folliculaire (*acnitis*, acné télangiectasique). Les formes tuberculeuses comprennent : la forme « luposa » désignant la tuberculose cutanée tuberculeuse et conservée pour éviter cette tautologie, ulcéreuse (*lupus vulgaris exulcerans*) tuberculose cutanée miliaire ulcéreuse), l'ulcère tuberculeux, verruqueux, hypertrophique, fongueux). Les accidents gommeux sont : la tuberculose colliquative (*scrofuloderma*), indurée (érythème induré de Bazin, les sarcoïdes de Darier et de Darier-Roussy). Les sarcoïdes de Bœck, le lupus pernio, le granulome annulaire n'entrent pas dans cette classification, car leur nature tuberculeuse n'est pas encore sûre. Le lupus érythémateux a un lien peu probable avec la tuberculose et cette appellation ne peut être conservée qu'à condition de mettre le mot « lupus » entre des guillemets.

BERMANN.

Venerologia i Dermatologia (Moscou).

Contribution à l'étude des cellules lépreuses, par Melik-bek-Soultanow. *Venerologia i Dermatologia,* n° 11, novembre 1927, p. 1018.

L'auteur apporte l'examen histologique de 30 cas de lèpre. Les infiltrats se forment dans la partie supérieure du derme et se localisent près des capillaires, à côté des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares. Ces infiltrats sont séparés de l'épiderme par une couche de tissu conjonctif. La localisation des infiltrats lépreux au pourtour des vaisseaux, les lésions vasculaires, les éléments cellulaires des parois vasculaires, surtout de l'endothélium, parlent en faveur d'une propagation de l'infection par voie sanguine. Les cellules lépreuses dans les granulomes sont formées soit des histocytes, soit des endothèles des capillaires cutanés. Olga Eliascheff.

Sur la clinique et l'étiologie du granuloma teleangiectaticum (Botriomycome), par Z. N. Gzgebin et A. K. Jacoubson. *Venerologia i Dermatologia,* n° 11, novembre 1927, p. 1025.

Description clinique et histologique d'un botriomycome localisé sur la voûte palatine, localisation très rare. L'étiologie du botriomycome est discutée : la théorie microbienne est admise par un grand nombre d'auteurs. Elle est basée sur la présence dans le pus de microbes rappelant le staphylocoque doré. Le traitement est, d'après les auteurs, l'ablation chirurgicale. Olga Eliascheff.

Un cas de blennorragie de l'urètre chez un garçon âgé de 17 mois, par N. Klioner. *Venerologia i Dermatologia,* n° 11, novembre 1927, p. 1043.

Blennorragie de l'urètre chez un garçon de 17 mois accompagnée de phymosis et d'épididymite. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'infection syphilitique par voie sanguine (Syphilis d'emblée), par W. I. Feldmamn. *Venerologia i Dermatologia,* n° 11, novembre 1927, p. 1010.

Cas rare d'infection syphilitique par voie sanguine après une transfusion de sang. La réaction de Wassermann du sang du donneur pratiquée 19 jours avant la transfusion fut négative. Le récepteur présenta 2 mois 1/2 après la transfusion une roséole typique. On constata alors que le donneur présenta des lésions papuleuses, lésions rappellant par leur groupement des syphilides récidivantes. A ce moment les réactions de Wassermann, de Sachs-Georgi et de Meinicke furent positives. Ce cas démontre que le sang des syphilitiques en période de latence avec une séro-réaction négative peut être contagieux et l'auteur propose que les donneurs de sang soient soumis tous les mois à des examens cliniques et sérologiques et si cela est possible immédiatement avant la transfusion et que soient pratiquées la réaction de Wassermann et deux réactions de floculation et dans certains cas l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Olga Eliascheff.

Sur le traitement des dermites arsénobenzoliques par l'hyposulfite de soude, par S. Bogdanow et V. Tereschkowitsch. *Venerologia i Dermatologia*, n° 12, décembre 1927, p. 1095.

Bibliographie sur le traitement des dermites dues aux arsénobenzènes par l'hyposulfite de soude préconisé par Ravaut et 2 observations personnelles. Les auteurs ont obtenu la régression rapide des lésions par ce traitement employé au début de l'éruption ; employé dans les stades avancés le médicament atténue les lésions, agit favorablement sur l'état général et permet de continuer les injections des arsénobenzènes en diminuant très probablement l'hypersensibilité vis-à-vis de cette médication. Olga Eliascheff.

Modifications morphologiques du sang dans la blennorragie sous l'influence de préparations immunothérapeutiques, par S. Marjassin et W. Petschersky. *Venerologia i Dermatologia*, n° 12, décembre 1927, p. 1125.

Les examens répétés de la formule sanguine chez 87 malades atteints de diverses complications de la blennorragie et traités par les vaccins, le lait et l'auto-hémo permettent aux auteurs de faire les conclusions suivantes :

Les injections intramusculaires de vaccin gonococcique, de lait et l'auto-hémo produisent dans la majorité des cas des modifications morphologiques du sang, modifications qui indiquent un état d'irritation du système lymphopoïétique. Les modifications les plus accentuées sont produites par le vaccin gonococcique et dépendent du dosage. Le lait et le sang modifient moins la formule leucocytaire et ici la dose ne joue aucun rôle. On rencontre de faibles modifications après l'emploi de vaccins non spécifiques (vaccin staphylococcique) et après l'auto-hémo. Les modifications sanguines consistent en :

1° Première phase : diminution des leucocytes ;

2° Deuxième phase : leucocytose. Dans cette dernière on constate une augmentation des polynucléaires neutrophiles et une diminution des lymphocytes et des éosinophiles qui disparaissent souvent complètement. Après cette phase la quantité des polynucléaires diminue et celle des lymphocytes et des éosinophiles augmente.

Il ne faut pas employer ni les vaccins ni le lait (l'auto-hémo est inoffensif) en présence d'un hémogramme qui démontre une irritation du système lymphopoïétique. On peut recommencer le traitement et augmenter les doses seulement après avoir constaté une formule sanguine normale. Olga Eliascheff.

Purpura annularis téléangiectodes de Majocchi et sa relation avec la maladie de Schamberg, par K. P. Astvazatourow et W. I. Kazakow. *Venerologia i Dermatologia*, n° 12, décembre 1927, p. 1107.

Les auteurs apportent les observations de trois malades, dont deux présentèrent des lésions pulmonaires (examen radiologique, réaction de Pirquet fortement positive) atteints de *purpura annularis* de Majochi. L'histologie montra une dilatation des vaisseaux sanguins, une endarthérite et un infiltrat minime périvasculaire de cel-

lules rondes. Pas de lésions du derme. A. et K. vu l'aspect clinique et histologique identifient ce purpura avec la maladie de Schamberg. Ils n'admettent pas l'étiologie tuberculeuse, mais considèrent la maladie comme une réaction cutanée due à des irritants encore ignorés.

OLGA ELIASCHEFF.

Bélorousskaïa Medizinskaïa Myssl (Minsk).

L'emploi du thallium pour l'épilation, dans la lutte contre les affections mycosiques des cheveux, par G. A. DOUKHAN (Minsk), *Bélorousskaïa Médizinskaïa Myssl* (Minsk), n° 1, janvier 1928, pp. 106-111.

D'après la statistique de la Clinique favique de Minsk, il y a, sur le territoire de la Russie Blanche, plus de 30.000 enfants d'âge scolaire atteints de favus et d'autres affections mycosiques. Ces maladies sont réparties en nombre égal parmi les enfants de toutes nationalités et vivant dans de mauvaises conditions. Si l'on ajoute à ce chiffre encore ceux de malades adultes ou d'âge pré-scolaire, on obtiendra un total énorme, faisant des mycoses une maladie sociale des plus répandues dans la Russie Blanche. Dans les régions rurales c'est le favus qui est le plus répandu ; dans les villes, les trichophyties variées. La lutte contre ce fléau doit être des plus énergiques. La pratique de l'épilation à l'aide des rayons X n'a donné aucun succès, car on ne peut l'appliquer qu'à partir de 3 ans et les malades ne peuvent être isolés. Le nombre insuffisant d'appareils et de spécialistes contribue à ce que le nombre de malades reste stationnaire. C'est ce qui a incité l'auteur d'appliquer à l'épilation l'acétate de thallium introduit en 1897 dans la thérapeutique par Sabouraud et ensuite par Buschke. L'auteur a soumis au traitement 100 enfants. Dans 15 cas, il a été administré 4 milligrammes de médicament par kilo de poids et le même jour on a fait une séance de rayons X (1/2 E. D.). 85 enfants ont reçu 8 milligrammes de thallium par kilogramme de poids. Il y avait 52 cas de trichophytie, 41 de favus et 7 de microsporie. Les enfants traités exclusivement par le thallium étaient 51 garçons et 34 fillettes. Les âges étaient : 17 au-dessous de 3 ans, 48 de 3 à 10 ans, 20 de 10 à 15 ans. La méthode combinée a été appliquée à 7 garçons et à 8 fillettes de 10 à 15 ans. Il n'a pas été constaté d'altérations pathologiques du sang et de l'urine. L'intoxication a eu lieu dans 10 cas (douleurs articulaires aux genoux, conjonctivites) après 8 jours. Les troubles ont rapidement et facilement disparu. Pas de fièvre, bon état général et augmentation de poids chez les enfants prenant le thallium. Chez ceux traités par la méthode combinée pas de phénomènes d'intoxication. L'épilation commence le 15-16ᵉ jour après l'emploi de thallium et se termine le 21-24ᵉ jour. L'épilation est meilleure qu'avec les rayons X. Les cheveux repoussent après 2-3 semaines, pendant lesquelles on fait une thérapeutique locale énergique. La facilité de l'emploi, le prix modique, la possibilité de l'emploi avant 3 ans et la garantie de la repousse des cheveux, font recommander cette méthode par l'auteur dans tous les cas, car les résultats

sont excellents. Aux approches de la puberté, il faut employer la méthode combinée. BERMANN.

Klinitcheskaïa Medizina.

D'une nouvelle préparation protéinothérapique (Lactosane), par KOROBKOFF (Novorossysk). *Klinitcheskaïa Medizina*, nº 1 (76), janvier 1928, pp. 49-53.

La dermatologie et la vénéréologie sont des spécialités où la protéinothérapie est le plus répandu. L'agent protéinothérapique le plus employé est le lait stérilisé par l'ébullition au bain-marie. Or, la caséine par laquelle agit le lait varie de pourcentage dans les divers échantillons de lait. En outre de son inconstance de composition, le lait est douloureux et il faut le bouillir chaque fois. L'auteur propose une nouvelle préparation lactée, le lactosane fabriqué dans des laboratoires spéciaux. C'est un liquide clair, opalescent, stérilisable au bain-marie. Il est vendu dans des ampoules de 10 centimètres cubes où l'on a 0 gr. 15 de caséine pure (para-nucléo-albumine). Cette dose est la plus employée et les injections sont très peu douloureuses. Chez les personnes faibles et délicates il faut commencer par une dose inférieure. L'hyperthermie provoquée ne s'accompagne pas de mauvais état général. L'injection peut être répétée le 8e jour, une seule injection n'est pas toujours suffisante et la répétition prévient l'anaphylaxie. L'auteur a expérimenté son médicament dans 2 cas d'érysipèle et dans plusieurs cas de pyodermite. Ses expériences personnelles, de même que celles de ses collègues qu'il a priés d'appliquer cette préparation, montrent son efficacité dans des affections strepto et staphylococciques. BERMANN.

A propos de la valeur de la rétention des chlorures dans le pemphigus, par S. ROSENTHAL (Minsk), *Klinitcheskaïa Medizina* nº 1 (76), janvier 1928, pp. 53 60.

Se basant sur l'étude détaillée de 6 cas de *pemphigus vulgaris* et de 2 cas de dermatite herpétiforme de Dühring, l'auteur conclut : 1º la rétention des chlorures et leur concentration insuffisante dans les urines ne sont pas des symptômes constants du pemphigus (même à l'état aigu), ce qui diminue considérablement leur valeur diagnostique ; 2º L'inconstance de la rétention chlorurée et le manque de parallélisme dans beaucoup de cas, entre ce phénomène et le processus cutané rend sa signification pathogénétique dans le pemphigus peu probable ; 3º L'épreuve aqueuse et l'épreuve de l'alimentation sèche donnent dans le pemphigus des écarts avec la normale, mais pas dans tous les cas, ainsi que l'épreuve avec l'indigo-carmin. Aucune de ces épreuves n'a donc séparément de valeur diagnostique ; 4º La cause des écarts de la normale des résultats de ces épreuves citées (y compris la rétention chlorurée) doit être cherchée dans les troubles fonctionnels des reins dans le pemphigus. BERMANN.

Moskovsky Medizinsky Journal.

Contribution à l'affection professionnelle de la peau chez les ouvriers traitant le ricin, par A. S. Korobow (Krasnodar). *Moskovsky Medizinsky Journal*, n° 12, décembre 1927, pp. 47-49.

L'auteur n'a nulle part trouvé dans la bibliographie russe ou étrangère, de communication concernant la dermatose professionnelle chez les ouvriers préparant l'huile de ricin. Ayant examiné 50 ouvriers, l'auteur remarque que 21 (donc 42 o/o) présentent une dermatite légère sous forme de rougeur avec des taches isolées ou multiples rappelant les piqûres de punaises, des vésicules et des traces de grattage. Il y avait des ouvriers qui ont présenté plusieurs fois ces phénomènes. Le prurit est intense surtout s'ils travaillent à une température élevée. La localisation se fait aux extrémités supérieures et à la poitrine surtout. L'affection dure 3-10 jours et guérit souvent sans aucun traitement, parfois même sans interruption du travail (désensibilisation cutanée ?). D'autres ouvriers se plaignaient de conjonctivites. Quant aux facteurs de la dermatite professionnelle, l'auteur incrimine des lésions traumatiques de la peau par les parties aiguës des téguments des grains du ricin, l'irritation par l'acide oléo-ricinique et ses polymères, peut être aussi l'alcaloïde toxique, la ricinine, restant dans le marc, de même que d'autres substances aldéhydiques (acroléine ?). Les malades sont à l'âge de 18-26 ans et le traitement comporte un repos avec des compresses au sous-acétate de plomb et des poudrages au talc. La guérison est rapide. Bermann.

Un cas de chylurie avec éléphantiasis de l'extrémité inférieure droite d'origine parasitaire, par Zakharoff, *Moskovsky Medizinsky Journal*, n° 12, décembre 1927, pp. 50-55.

L'auteur rapporte une observation personnelle concernant une jeune fille de 17 ans atteinte d'éléphantiasis du membre inférieur droit avec chylurie. Pas d'antécédents morbides, la famille de la malade habite une région saine et sèche. 3-4 ans auparavant la malade a été mordue à la fesse droite par un chien. La morsure guérie, 3-4 mois plus tard le membre inférieur se mit à gonfler de bas en haut. Petit à petit le membre inférieur a doublé de volume. Le repos diminue l'enflure, la marche ou la station debout l'augmentent, Une année et demie auparavant, début d'écoulement laiteux à diverses époques. Ensuite l'orifice d'écoulement se ferme avec formation d'une petite cicatrice ou de petite verrue. 3 semaines auparavant accès fébriles avec taches violacées et douloureuses sur la jambe. Pas de troubles viscéraux. La chylurie est abondante à l'hôpital, 1 litre 5 par jour. L'urine contient aussi de la lymphe. L'auteur a trouvé dans le sang un parasite qu'il estime sinon identique à la *filaria sanguinis hominis*, être la *filaria sanguinolenta* parasite du chien. C'était en tout cas l'agent de l'éléphantiasis avec chylurie et lymphorragie. La malade a quitté bientôt l'hôpital non guérie. L'auteur l'a revue 4 ans après et apprit qu'elle a guéri 2 ans auparavant. La malade s'est mariée et la guérison a été lente et spontanée.

En outre, l'auteur décrit un cas d'affection parasitaire chez une fillette de 2 ans qui a été mordue à la fesse gauche par un cousin. Ensuite depuis cet endroit de morsure le parasite a fait des migrations sous la peau sous forme de galeries très compliquées, se croisant, se coupant et occasionnant un prurit intense vers la soirée, car dans la journée le parasite était immobile. L'auteur a constaté des déplacements diurnes du parasite. Les galeries étaient localisées surtout à l'abdomen. L'auteur a opéré, sous narcose, la fillette, coupant le bout terminal de la galerie avec le parasite, mais il n'a pas été extrait totalement. Après une exagération, le parasite s'est arrêté le 4e jour après l'opération après avoir fait encore un long trajet. Il a péri et la fillette a guéri. Malheureusement, l'éprouvette contenant la pièce avec le parasite a été jetée dehors et la microscopie n'a pas été faite.

L'auteur rapporte ces 2 cas intéressants prouvant l'existence de la filariose non seulement aux tropiques, mais aussi dans la région moyenne de la Russie. BERMANN.

Des altérations des viscères chez des malades morts de lupus, par S. S. WAÏLE (Moscou) *Moskovsky Medizinsky Journal*, n° 12, décembre 1927, pp. 5-8.

Les malades souffrant de tuberculose cutanée meurent ordinairement d'autres causes non liées à la tuberculose de la peau, souvent de processus érysipélateux auxquels ils sont prédisposés par la présence des vastes surfaces ulcérées. Pendant les dernières années sur quelques dizaines de milliers d'autopsies pratiquées à Moscou il n'y avait pas un seul cas de mort dû à la tuberculose cutanée. Pendant les 6 années de l'existence de la luposerie de Moscou il n'y avait que 3 cas de mort de lupus.

Le premier cas concerne un paysan de 24 ans ayant fait à la luposerie un séjour de 5 mois 1/2. Pas de maladie d'enfance. Typhus récurrent à 21 ans. Lupus depuis l'âge de 18 ans. A l'entrée, on constate un lupus ulcéré et vaste de la figure, du nez, du larynx, du pharynx, du palais mou et dur, destruction de la cloison nasale et des ailes du nez, ulcération de la partie antérieure de la langue, infiltrations, cicatrices et granulations sur tous ces organes. Pirquet +. Le traitement a presque fait disparaître les localisations cutanées, mais le malade est mort de faiblesse générale, d'inappétence et de diarrhée. A l'autopsie on a trouvé une tuberculose miliaire des poumons, des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, de la tuberculose des muqueuse buccale, laryngée et pharyngée. Dégénérescence rénale, hépatique et du muscle cardiaque.

Le deuxième cas a trait à un garçon de 13 ans, fils d'ouvrier, souffrant au début de tuberculose cutanée du dos et de la hanche gauche. Son affection s'est généralisée à presque tout le tronc et aux extrémités inférieures. Partout il y avait des ulcérations et des infiltrations. Le malade est mort de faiblesse générale au bout de 8 ans de maladie lupique. L'autopsie montre une tuberculose miliaire des poumons,

du foie, de la rate, dégénérescence hépatique, rénale (avec glomérulite) et cardiaque (avec hypertrophie du cœur).

Dans le troisième cas il s'agit d'un paysan de 16 ans ayant séjourné 7 mois à la luposerie. Souffre de lupus depuis l'âge de 12 ans. Présente actuellement une tuberculose cutanée du nez, des lèvres, de la muqueuse buccale et pharyngée et de la fesse. Le malade avait une albuminurie et une hématurie, de l'œdème facial et de l'aphonie. L'autopsie montra une tuberculose cutanée, une destruction des cartilages laryngés et une dégénérescence rénale sous forme de glomérulite. Adhérences pleurales.

Les trois cas sont intéressants, car cliniquement il n'y avait pas dans les deux premiers cas de tuberculose chronique des poumons. Dans les deux derniers cas, la glomérulite est explicable par le lien existant entre la peau et le rein, car chez la plupart des lupiques on trouve des troubles fonctionnels des reins. BERMANN.

Profilaktitcheskaïa Medizina.

A propos de la cuti-réaction dans la fièvre typhoïde, par N. V. ZÉLÉNINE (Léningrade). *Profilaktitcheskaïa Medizina*, n° 1, janvier 1928, pp. 31-35.

C'est Chantemesse qui a le premier en 1907 institué l'oculo-réaction dans le typhus abdominal. Après lui d'autres auteurs l'ont étudié et perfectionné. D'autres ont employé la cuti-réaction pour le même but de diagnostic, mais c'est en 1925 que Costa, Boyer et Giraud ont expérimenté la cuti-réaction sur des centaines de malades. L'auteur a une expérience personnelle de 100 cas. Ses conclusions sont ainsi conçues : la cuti-réaction est une réaction simultanée aux bacilles du typhus abdominal et du paratyphus B. Elle apparaît très tôt, avant la réaction de Widal. L'intensité de la réaction est inversement proportionnelle à celle de l'affection. La réaction est indiquée pour le pronostic. Elle est positive chez des porteurs de bacilles et chez les personnes ayant eu la fièvre typhoïde, mais qui ont conservé des bacilles. La réaction est spécifique pour la fièvre typhoïde et le paratyphus B. Elle est le plus souvent négative par rapport au colibacille. Des études ultérieures sont nécessaires pour le contrôle de ce fait. La réaction est négative chez des personnes bien portantes ou souffrant d'autres maladies. Les résultats des réactions avec l'endotoxine et avec l'antigène-lysat (bactériophage) coïncident. BERMANN.

Vratchébnoïé Diélo.

Du traitement du charbon par des préparations néosalvarsaniques, par GLINER (Toultchino). *Vratchébnoïé Diélo*, nos 23-24, décembre 1927, p. 1909.

L'auteur a traité 13 cas d'anthrax par les injections intraveineuses de néosalvarsan, selon la proposition du professeur Zlatogoroff qui a, le premier, recommandé cette méthode. La localisation de la pustule fut variée, les malades venaient du 4e au 8e jour de la maladie, avec

une température élevée et des phénomènes de prostration, mauvais état général, vomissements, céphalée. Les malades recevaient de suite des injections de néo aux doses de o gr. 45 à o gr. 60. Pas d'autre traitement. Le plus souvent l'injection de néo était unique, rarement on la répétait. L'œdème autour de la pustule disparaissait en 1-3 jours. La guérison complète avec élimination de la croûte venait au bout de 2-3 semaines. Le néo est applicable dans tous les cas de charbon et exerce un bon effet sur l'état général des malades. La méthode est simple et peut être faite partout. BERMANN.

La croissance blastomateuse à la lumière des expériences, par PETROFF (Léningrade). *Vratchebnoïé Diélo,* nos 23-27, décembre 1927, pp. 1833-1837.

De tous les moyens de l'ontogénèse expérimentale, les influences physico-chimiques locales et parasitaires non spécifiques, se placent avant les autres. Ensuite viennent les inoculations embryonnaires. Les conditions endocrines, d'innervation et alimentaires peuvent accélérer ou ralentir, mais non créer ou abolir l'accroissement blastomateux. Les parasites cancéreux spécifiques sont peu probables. Pour chaque espèce cellulaire, il faut des irritations chimiques propres, adéquates, peut-être, des oscillations électro-magnétiques commensurables, pour provoquer la croissance blastomateuse. Les porteurs de ces influences chimiques nécessaires, les sources de ces oscillations correspondantes, peuvent être variés. Le moment de la concentration active, c'est le moment de la mutation biologique, quand les cellules commencent elles-mêmes et transmettent à leurs descendants la capacité de reproduire les réactions qui ont agi sur elles, émettre les rayons qui sont tombés sur elles. Le but de la lutte rationnelle contre la prolifération blastomateuse consiste dans la recherche des substances susceptibles de produire, sans tuer les cellules, une action condensante sur les colloïdes de leurs couches superficielles et par cela d'abaisser leur énergétique. BERMANN.

La valeur comparée des méthodes de laboratoire pour le diagnostic des dermatomycoses, par KOPP (Sébastopol). *Vratchébnoïé Délo,* n° 1, 15 janvier 1928, pp. 49-50.

Se basant sur plus de 12.000 examens faits de 1923 à 1927 au laboratoire municipal de Sébastopol, l'auteur tire les conclusions que voici : 1° la meilleure méthode pour la recherche des mycoses dans des cas suspects est celle de la microscopie (81 o/o). Ensuite vient la méthode d'ensemencement sur le milieu de Sabouraud (71,5 o/o) et en dernier lieu la méthode de culture d'après Plaut (chambre humide à 30°) (16,2 o/o). La méthode de traitement préalable par l'antiformine d'après Finkelstein augmente le pourcentage des résultats positifs dans les ensemencements. La meilleure condition du succès du diagnostic de laboratoire est le choix soigné et judicieux d'objets d'examens. BERMANN.

La blennorragie expérimentale chez des animaux avec une constitution modifiée, par STERNBERG, CHTCHEDROWITZKI et RABINOVITCH. *Vratchebnoïé Délo,* n° 1, 15 janvier 1928, pp. 44-48.

La méthode de la sensibilisation préliminaire des muqueuses avec l'infection expérimentale a été, pour la première fois, appliquée à la blennorragie en 1925, par Korobkova, Boru et Cherichorina, à Saratoff. Ces auteurs employaient pour la sensibilisation des muqueuses chez les lapins des solutions de bile. Depuis, d'autres auteurs ont répété et réussi ces expériences. Cette fois-ci, les auteurs ont expérimenté sur 2 groupes de femelles de souris blanches (albinos), contenant l'une 16 souris castrées et l'autre autant de souris non castrées. Chaque groupe a été divisé en 2 sous-groupes, suivant qu'il y avait ou non sensibilisation par la bile. Se basant sur leurs recherches, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : la bile, comme sensibilisateur, dans la blennorragie expérimentale des animaux, du moins dans les expériences sur des souris ne joue aucun rôle particulier. Avec des cultures de gonocoques fraîchement prélevés chez l'homme ou la souris, l'individualité de la souche gonococcique ne joue qu'un rôle secondaire dans l'expérience. La blennorragie expérimentale du vagin analogue avec l'affection identique chez la femme ne peut être provoquée que chez des souris castrées. La valeur des expériences des auteurs dépasse les limites de la question de la blennorragie et montre : 1° quel grand rôle joue le chimisme tissulaire dans le processus de l'infection ; 2° un lien immédiat entre ce chimisme local et les organes endocriniens. Ce lien se rapporte non seulement à la blennorragie, mais aussi à d'autres infections et non seulement du vagin, mais aussi d'autres organes et tissus de l'organisme.

Bermann.

L'hyposulfite de soude dans la thérapie des affections cutanées, par Tyjmenko et Popel (Kieff). *Vratchebnoïé Délo*, n° 1, 15 janvier 1928, pp. 33-38.

Les auteurs ont étudié l'influence de l'hyposulfite de soude introduit par Ravaut et ses élèves, sur la réaction cutanée chez 24 malades hospitalisés, des 2 sexes, à l'âge de 8 à 43 ans. Ils ont employé des compresses imbibées de solutions de sublimé (1 o/o et 1 o/oo), de phénol (1,5 et 10 o/o), de formaline (solution alcoolique à 4 o/o), acide picronitrique (solution alcoolique à 10 o/o), des pommades goudronnée, chrysarobinique, pyrogallique à 10 o/o, pommade à l'iodure de potassium ou bromure de sodium à 25 o/o, pommade au précipité blanc à 30 o/o, la térébenthine, le savon vert, le lysoforme, l'emplâtre cantharidé, le sinapisme. Les malades recevaient quotidiennement de 10 à 20 injections intraveineuses d'hyposulfite de soude à 20 o/o fraîchement préparé aux doses de 2 à 10 centimètres cubes. Les auteurs ont trouvé que ces injections n'exercent pas d'influence considérable sur la réaction cutanée déterminée par la mise des compresses. Pour l'étude de l'action thérapeutique, les auteurs ont employé l'hyposulfite de soude chez 31 malades (dont 21 stationnaires), des 2 sexes, aux âges de 8 à 64 ans. Les affections traitées étaient : eczéma, 18 cas, lupus érythémateux, 2 cas, puis 1 cas de chaque affection suivante : psoriasis, urticaire, acné, prurigo, lichen ruber plan, derma-

tite herpétiforme de Dürhing, etc. Ils concluent que dans 19,4 o/o il y avait une guérison clinique par les injections intraveineuses qui abrégeaient la durée du processus, surtout dans les formes variées de l'eczéma. Les récidives n'ont pas cependant été prévenues. Dans d'autres dermatoses l'influence a été nulle ou faible. Il n'y avait presque pas d'accidents d'intolérance. C'est pourquoi il faut préférer l'hyposulfite de soude facilement supporté au chlorure de calcium dans le traitement de l'eczéma, car le chlorure de calcium donne des complications souvent désagréables.

BERMANN.

Un cas de fièvre syphilitique, par KOUDENKO. *Vratchebnoïé Délo*, n° 1, 15 janvier 1928, pp. 60-61.

L'intérêt du cas réside non seulement dans la rareté de la syphilis viscérale fébrile, mais aussi dans l'évolution atypique de la syphilis extragénitale. La malade est une femme mariée, ménagère, âgée de 34 ans, se plaignant de céphalées, faiblesse générale, douleurs articulaires multiples et fièvre. Réglée depuis l'âge de 14 ans, elle est enceinte actuellement de 3 mois. Neuf grossesses antérieures terminées par des accouchements à terme. 2 enfants sont morts à 4-5 ans d'affections gastro-intestinales. Les céphalées et la fièvre s'accompagnent ensuite de contracture du biceps droit et flexion de l'avant-bras. Douleurs à l'omoplate droite. Plus tard polynévrite aux extrémités supérieure et inférieure. La malade devient irritable, maigrit, faiblit, pâlit, perd le sommeil et a des douleurs hépatiques et spléniques. Pas d'autres troubles viscéraux. Cet état persiste 4 mois 1/2, après quoi on remarque à l'avant-bras droit du rupia syphilitique, une angine spécifique papuleuse, une hypertrophie thyroïdienne, sans exophtalmie ni autres symptômes thyroïdiens. La grossesse continue normalement. B.W—. La cure spécifique (néo, bismuth et l'iode) ont abaissé la température après 5 mois et 3 jours. Les séro-réactions sont devenues positives au cours du traitement. La malade a guéri complètement, a augmenté de poids et a regagné le sommeil et l'appétit. La malade a accouché à terme. L'enfant n'avait pas d'accidents spécifiques, mais était maigre et a décédé au bout de 3 mois de troubles gastriques. La famille de la malade est saine, sauf la sœur du mari, qui cachait sa syphilis et se soignait mal et rarement. Elle était en compagnie de la malade souvent et l'a infectée probablement.

BERMANN.

L'immunisation locale d'après la méthode de Besredka, par R. W. RASKINE (Cocande). *Vratchebnoïé Délo*, n° 2, 31 janvier 1928, pp. 127-131.

Le matériel de l'auteur se compose de 57 cas traités par l'antivirus, mais 4 cas ont disparu de l'observation avant la fin de la cure, 3 cas ne sont pas encore terminés et 2 cas sont laissés sans traitement ultérieur, vu l'échec. Le matériel est donc réduit à 48 cas répartis ainsi : panaris, 4 cas, brûlures, 2 cas, phlegmons, 3 cas, blépharites, 4 cas, mastites, 1 cas, pyodermites, 1 cas, furoncles et abcès, 22 cas, érysipèles, 11 cas. Les panaris sont rapidement devenus indolores et ont guéri en 2-3 jours. Un cas de brûlure du sourcil inférieur par la chaux

traité pendant 3 mois sans succès a guéri en 18 jours. Les phlegmons ont été guéris en 3-18 jours sans suppuration. Les blépharites chroniques (datant de 4 ans) ont guéri en 3 semaines. Les abcès et furoncles rebelles aux autres traitements ont guéri en 3-11 jours. Les inflammations érysipélateuses deviennent rapidement apyrétiques et guérissent en 6 jours en moyenne. L'auteur conclut à l'existence de l'infection locale et de l'immunité locale, produisant une immunité générale. Les filtrats contenant l'antivirus ont un effet curatif puissant quoique non rigoureusement spécifique. L'application des filtrats n'est pas nocif pour l'organisme. Il prévient la suppuration, si on l'emploie dès le début. Employé plus tardivement, il accélère la cicatrisation et l'élimination des séquestres et parties nécrosées. Le filtrat agit mieux contre les affections cutanées, si on l'introduit par la voie cutanée qu'en compresses. BERMANN.

Quelques remarques sur la coloration des gonocoques, par R. DROBINSKY (Odessa). *Vratchebnoié Délo,* n° 2, 31 janvier 1928, p. 143.

Après avoir passé en revue les divers moyens de colorer les gonocoques, l'auteur, se basant sur son expérience personnelle, recommande la méthode de Giemsa et celle de May-Grunwald. La dernière méthode ne nécessite pas de fixation. La préparation séchée à l'air est colorée par le mélange d'éosine et de bleu de méthylène dans l'alcool méthylique. L'image est alors très caractéristique : les gonocoques ont une coloration bleu foncé et se voient nettement sur le protoplasme neutrophile et éosinophile, les noyaux cellulaires sont bleus. Cette méthode est préférable même à celle de Gram, car il y a beaucoup de diplocoques ne prenant pas le Gram et ressemblant aux gonocoques. BERMANN.

Vratchebnaïa Gazeta.

Deux cas de rhinosclérome traités par la vaccination locale, par IÉLINE et KALINE (Odessa). *Vratchebnaïa Gazeta,* n° 23, décembre 1927, pp. 1732-1734.

Le traitement consiste en nettoyages quotidiens du nez, puis en des tamponnements serrés par des tampons imbibés par de l'auto-vaccin. Les tampons ne gênent pas les malades, car ils ne respirent pas par le nez. Dans le premier cas (jeune fille de 14 ans), le traitement a duré 3 semaines, dans le 2e (jeune fille de 20 ans), 6 semaines. Le traitement est efficace dans les cas de rhinosclérome superficiel et au début, car les localisations profondes demandant une immunisation longue de la trachée et du pharynx, difficile à réaliser par des tampons. BERMANN.

Des éruptions cutanées dans la grippe, par SADOWSKI. *Vratchebnaïa Gazeta,* n° 1, 15 janvier 1928, pp. 16-18.

L'auteur a observé 6 cas d'éruptions cutanées sur 450 malades atteints de grippe en 1926 et 1927. C'est un symptôme atypique de la grippe, principalement au début de l'affection et compliquant le dia-

gnostic surtout s'il y a d'autres maladies épidémiques en même temps. Les malades avaient pour la plupart des cas, des formes moyennes de la grippe. Les éruptions n'avaient rien de spécifique, elles étaient brusques à venir et à disparaître et rappelaient les érythèmes vacciniques. Les ensemencements sur l'agar-sang des produits de la toux et des mucosités du pharynx ont donné des colonies de streptocoques et de staphylocoques, des saprophytes divers et des diplostreptocoques. D'autres auteurs ont observé des éruptions hémorragique (Langovoï), pétéchiale (Dreyer), urticarienne et morbilliforme (Zlatogoroff). Les observations ultérieures sont nécessaires pour l'étude de ces éruptions cutanées. BERMANN.

Un cas de granulome annulaire, par A. IMCHENETZKY. *Vratchebnaïa Gazeta,* n° 1, 15 janvier 1928, pp. 28-30.

L'auteur décrit un cas typique de granulome annulaire chez une fillette de 2 ans. La localisation est atypique, à la face interne de l'avant-bras gauche et au poignet droit. Après une biopsie de quelques nodules l'affection a guéri complètement en 2 semaines. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Pirquet ont été négatives. L'examen histopathologique n'a pas montré de bacilles de Koch. Pas de troubles généraux durant la maladie. BERMANN.

A propos du traitement spécifique de la pustule maligne, par N. MOROZKINE. *Vratchebnaïa Gazeta,* n° 2, 31 janvier 1928, pp. 108-110.

Se basant sur l'observation de 15 malades suivis en 1926-1927, l'auteur conclut : 1° il est nécessaire une fois pour toutes d'abandonner dans le traitement de l'anthrax les interventions locales énergiques par l'acide phénique, le paquelin, etc., mais employer seulement l'immobilisation et des pansements indifférents ; 2° sans perdre de temps précieux, il faut instituer un traitement spécifique énergique par le sérum en débutant par 100 grammes et atteindre 250 grammes, les doses de 40 grammes étant insuffisantes ; 3° les injections de sérum doivent se faire par les voies sous-cutanée et intra-cutanée ; 4° les injections intraveineuses de néosalvarsan ne donnent pas d'effet appréciable. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Dermatologie, par J. Darier, 4e édition 1 vol. in-8 de 1077 pages avec 220 figures dans le texte, Masson et Cie, collection des *Précis médicaux*.

Le petit volume de 1908 est devenu aujourd'hui un gros livre. C'est toujours le Précis et c'est une œuvre nouvelle. Chacune des éditions successives a été entièrement refondue. Des descriptions de dermatoses inconnues jusqu'ici, d'autres méthodes de traitement, des conceptions neuves d'étiologie et de pathogénie ne pourraient prendre place dans un texte ancien sans le déséquilibrer et lui faire perdre son unité ; l'ouvrage doit être récrit ; le Précis l'a été quatre fois.

On éprouve un sentiment d'étonnement mêlé à une admiration profonde devant le prodigieux labeur que représentent ces remaniements successifs d'un traité chaque fois plus complet, et qui veut, cependant, garder toujours son titre « Précis de dermatologie ».

L'auteur a lu tout ce qui a été publié depuis 20 ans sur la Dermatologie en France et à l'Etranger, pour ne laisser rien ignorer à son lecteur de ce qu'un dermatologiste doit savoir. Mais une note, un paragraphe, une ligne lui suffisent pour résumer avec une clarté parfaite ce qu'il faut retenir d'une page, d'un chapitre, parfois d'un volume.

Chose merveilleuse, cet immense travail ne se sent pas. Dans ce livre, qui est l'homme même, tout est net, limpide, et paraît facile. Le texte semble couler de source. Et il faut relire pour s'apercevoir qu'aucun mot n'est inutile, que tous sont chargés de sens, que l'essentiel de chaque question — description clinique, anatomie pathologique, étiologie, pathogénie, traitement — est là condensé en quelques lignes.

L'énorme érudition, elle-même, se dissimule. Par un suprême scrupule de concision, M. Darier avait même laissé de côté, dans ses éditions précédentes, toute indication bibliographique. Oserai-je dire qu'à cet égard je préfère beaucoup l'ouvrage actuel ? Sans aucun étalage de références inutiles, il permettra à ceux qui le voudront, de se reporter aux sources pour les questions les plus nouvelles, et de retrouver les travaux originaux qu'ils désireraient lire en entier.

Les remaniements nombreux, l'introduction de chapitres entièrement nouveaux (terrain, prédispositions, virus filtrants), n'ont fait en rien changer le plan primitif du Précis. La première partie est consacrée à l'étude morphologique des dermatoses ; la deuxième à leur étude nosographique. Un « memento » thérapeutique, véritable petit traité de thérapeutique dermatologique, termine l'ouvrage.

Je pense que personne, aujourd'hui, ne fera d'objections à ce plan, qui avait surpris en 1908, parce qu'il morcelle la description des principales dermatoses dans la première partie, et conduit forcément à répéter dans la deuxième bien des choses qui ont été signalées déjà dans la première.

Je m'étonne qu'on ait pu voir là matière à un reproche. Les sciences médicales ne sont pas faites d'une suite de théorèmes découlant les uns des autres et logiquement enchaînés dans un ordre immuable. On peut envisager chacune d'elles sous des angles différents ; et c'est précisément ce que fait le Précis, pour la dermatologie. Il classe les mêmes dermatoses de deux points de vue : leur morphologie et leur étiologie. Chacune de ces deux classifications fait, en réalité, l'objet d'un livre. On ne peut, sans faire preuve d'incompréhension, voir un manque d'unité dans le plan d'un ouvrage qui réunit les deux livres. On ne peut davantage se plaindre que les deux classifications se chevauchent : il n'en peut être autrement puisque ce sont les mêmes faits qu'elles groupent dans un ordre différent.

Chacune a ses avantages. Un classement d'après l'étiologie est celui qui nous paraît aujourd'hui le plus logique ; mais des descriptions basées sur la morphologie seront meilleures pour les débutants, puisqu'elles les placeront devant la réalité. Le Précis « s'adresse aux étudiants nouveaux venus dans un service de dermatologie, et aux praticiens dont les souvenirs d'hôpital sont un peu effacés » (1). Les uns et les autres lui sauront gré de leur présenter d'abord les dermatoses comme il les verront sur leurs malades. Ils ne chercheront que plus tard les descriptions abstraites.

L'anatomie, je crois, s'est toujours, de même, enseignée sous deux formes. Sans négliger les traités d'anatomie descriptive, la plupart des jeunes chirurgiens ont d'abord feuilleté surtout des livres d'anatomie topographique, où la description d'un nerf ou d'une artère se trouve morcelée tout autant que la tuberculose cutanée, par exemple, dans la « Morphologie des dermatoses ».

Ne reprochons donc pas au Précis de donner aux dermatologistes un double enseignement, également précieux. Louons-le, au contraire, de le leur offrir sous cette forme si condensée ; et de leur présenter dans le même volume deux traités qui se complètent l'un l'autre, avec les indications nécessaires pour se porter de l'un à l'autre sans perdre de temps.

Mais si les débutants doivent trouver dans le Précis le meilleur des guides, qu'on se garde de croire qu'il s'adresse à eux seuls. Les autres le reliront avec plus de profit encore. Ce sont les plus instruits qui y feront la plus ample moisson. Ils découvriront, à chaque lecture, qu'ils n'ont pas épuisé encore toute la substance de ces chapitres si courts et de ce texte si concis, dont la simplicité absolue, et la forme en apparence impersonnelle font de ce livre une véritable œuvre d'art.

A. Civatte.

Aide-mémoire de syphiligraphie comparée et de thérapeutique, par R. Bernard, Bruxelles, 1918.

Ce livre conçu et exécuté sur un plan tout particulier rendra les meilleurs services au praticien, et à l'étudiant en fins d'études. Il leur

(1) Introduction, p. XI.

permettra de prendre rapidement et exactement connaissance des questions, des situations pratiques où il peut être nécessaire de démêler, de reconnaître, d'éliminer la syphilis. C'est un véritable manuel de diagnostic différentiel, bien mis à l'ordre du jour et au courant des connaissances actuelles.

La disposition typographique extrêmement claire permet de retrouver de suite le renseignement cherché. Les symptômes sont énumérés, non décrits. Il s'ensuit que la brièveté ne nuit pas à la précision et à une très grande richesse de renseignements.

Le livre, comme il convient, comporte une étude thérapeutique réelle et détaillée, et cependant telle que le praticien, puisse y trouver toutes indications dont il peut avoir besoin, les comprendre et les exécuter. Pour autant que les cures « schématiques » et « les directions générales » soient admissibles en thérapeutique syphilitique, des tableaux simples et nets fournissent les meilleures règles de conduite. C'est là véritablement « l'aide-mémoire » le plus utile, le mieux utilisable ; il n'est pas douteux qu'il rende des services inappréciables aux médecins non spécialistes... et aux autres. Ch. Audry.

Traitement par voie buccale des nourrissons hypotrophiques, hérédo-syphilitiques, par R. Lichtenberger. *Thèse Paris*, 1927, 1 vol. de 125 pages, Legrand éditeur, Paris.

La même thérapeutique ne peut pas être appliquée à tous les accidents causés par la syphilis héréditaire. Dans certains il faut aller vite et les traitements par injections sont indispensables. Dans beaucoup d'autres, dans toutes les formes à manifestations atténuées, dans les formes larvées, chez les hypotrophiques le traitement par voie buccale présente de réels avantages. Dans ce mémoire fait sous la direction de Maillet, L. étudie les diverses médications buccales et les résultats observés par lui chez les hypotrophiques hérédo-syphilitiques de la fondation P. Parquet (43 observations démonstratives). Il a recours à l'association arséno-mercure. Il s'est adressé à un dérivé de l'acide arsinique le tréparsol, auquel il a associé le lactate neutre de mercure. L'adjonction d'une médication opotéraphique lui a semblé capable de renforçer le traitement. Bien entendu ce traitement de fond sera complété par le traitement hygiénique et diététique minutieux, dont l'importance est capitale chez de tels enfants. Les résultats se sont montrés excellents tant au point de vue sérologique qu'au point de vue développement. La croissance pondérale et staturale a subi une évolution très favorable dans la plupart des cas. L'état général, l'évolution dentaire, le développement psychique ont été favorablement influencés. Cette méthode peut être employée non seulement comme traitement de fond, mais aussi plus tardivement comme traitement d'entretien. On peut enfin l'utiliser comme traitement d'épreuve chez le nourrisson. H. Rabeau.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MALARIATHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par le professeur docteur J. WAGNER-JAUREGG, de Vienne.

L'étude du traitement de la syphilis par l'inoculation de la malaria devrait, si l'on voulait procéder systématiquement, commencer par les premières manifestations de la syphilis, en suivre les différentes périodes, pour se terminer par les formes tardives de la syphilis nerveuse, par les affections dites métasyphilitiques, le tabès et la paralysie progressive. Le véritable développement de la question s'est fait précisément en sens inverse, et c'est pourquoi je vais m'occuper tout d'abord de la malariathérapie de la syphilis dans la paralysie progressive.

Naturellement les syphiligraphes, ne l'oublions pas, n'ayant à examiner que les stades initiaux de la paralysie progressive, ne pourront se passer des conseils du psychiatre dans le traitement des premières manifestations de la paralysie progressive : en effet, si le diagnostic des stades avancés de cette affection est facile, il peut être souvent malaisé dans les premiers stades. Car dans la période que l'on peut qualifier de stade prodromique, il n'est, en général, pas encore possible de faire avec certitude le diagnostic de paralysie progressive, basé sur des phénomènes pathologiques d'ordre psychique. Sans compter que, dans le stade initial de l'affection, le stade de début de la démence, il est parfois difficile de distinguer les troubles artério-scléreux qui s'observent dans les formes simplement démentes, des troubles non paralytiques coïncidant avec l'apparition d'états maniaques et dépressifs.

Naturellement dans les cas douteux, le psychiatre lui-même aura recours à une méthode de recherche qui fait également partie de l'arsenal du syphiligraphe, l'examen des réactions du sérum et du liquide céphalo-rachidien.

Le diagnostic de paralysie progressive établi avec certitude, on

devrait appliquer la malariathérapie aussitôt, c'est-à-dire dès que les circonstances le permettent.

Nombre de spécialistes ont proposé de faire précéder le traitement par la malaria d'une autre cure quelconque, soit spécifique, soit non spécifique. Or, c'est là, croyons-nous, perdre un temps précieux, car, les faits l'ont démontré, le succès de la malariathérapie est d'autant plus assuré que ce traitement aura été institué plus tôt dans le cours de l'affection.

Voici quelques chiffres à l'appui de ce que j'avance : les auteurs qui disposent d'un grand matériel de malades où se trouvent représentées les diverses étapes de la paralysie, accusent en moyenne plus de 20 à 30 o/o de rémissions complètes, c'est-à-dire allant jusqu'à permettre la reprise des occupations professionnelles. Les asiles d'aliénés où ne sont reçus que des cas avancés, accusent des résultats moins favorables.

Quant à moi-même, voici ce que j'ai fait à ma Clinique pour les cas qui se sont trouvés dans une phase de début de l'affection et qui ont présenté des perspectives de guérison dès lors plus favorables : je les ai inscrits sur une liste, avant le traitement ; puis, celui-ci terminé, j'ai suivi chaque cas autant qu'il m'a été possible ; j'ai ainsi pu me convaincre que, dans 83 o/o des cas observés, il y a eu rémission complète. En présence de ce résultat, j'en suis venu à me demander si ce ne serait peut-être pas agir au mieux que d'appliquer la malariathérapie déjà à titre phophylactique, chez les syphilitiques que menace le danger d'être atteints de paralysie progressive.

Quels sont ces syphilitiques que menace le danger de la paralysie? Nous savons que les paralytiques présentent, jusqu'à 100 o/o, des réactions positives du liquide céphalo-rachidien. Nous savons, en outre, que, chez les syphilitiques qui se trouvent dans la période de latence tardive, le liquide céphalo-rachidien à réaction positive peut n'être, souvent, que très difficilement touché par les traitements antisyphilitiques. Voilà pourquoi nous nous croyons autorisés à soupçonner, parmi les cas à réaction positive de la période de latence tardive, les candidats à la paralysie progressive.

Je sais qu'il y a des exceptions, tels les cas de paralysie progressive qui ont présenté une réaction négative dans le liquide, peu avant l'apparition de l'affection. Cependant on agira mieux et on commettra moins de fautes, en s'en tenant à la règle, sans faire état de ces exceptions rares.

C'est à Kyrle, de Vienne, que revient le grand mérite d'avoir introduit la malariathérapie dans le traitement de la période de latence tardive à réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Il a pu montrer qu'une seule cure de malaria, précédée et suivie d'une cure au néosalvarsan, suffit pour assainir complètement et d'une façon durable le liquide céphalo-rachidien chez des syphilitiques qui, en raison de la réaction positive du liquide, avaient été traités copieusement, mais en vain, souvent même à plusieurs reprises et avec des doses très élevées.

Les résultats obtenus par Kyrle, joints à ceux de la Clinique Finger, publiés par Matuschka et Rosner, ont engagé nombre d'autres syphiligraphes à suivre son exemple; je citerai parmi eux : Scherber et Mucha, à Vienne ; E. Hoffmann, à Bonn ; Bering, à Essen ; Mulzer, à Hambourg ; Dreyfus, à Francfort ; Vonkennel, à Munich, etc. Il faut s'attendre à ce que l'assainissement du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques tardifs ait eu pour effet de situer ceux-ci en dehors de la zone dangereuse de la métasyphilis qui les menaçait. Mais ce n'est que dans quelques années qu'on pourra préciser, statistiques en main, combien de syphilitiques tardifs ainsi traités n'en auront pas moins été atteints, par la suite, de paralysie ou de tabès. L'application de la méthode de traitement en question est de date encore trop récente pour qu'on puisse porter un jugement sur ses effets éloignés. Tout ce que je puis dire pour le moment, c'est qu'aucun des centaines de syphilitiques tardifs, traités par Kyrle prophylactiquement, n'a été, que je sache, renvoyé comme paralytique à la Clinique psychiatrique.

En présence des résultats de la malariathérapie dans la paralysie progressive, il était tout naturel qu'on songeât à traiter également, de la même manière, cette autre affection métasyphilitique du système nerveux qu'est le tabes.

Il arrivera souvent au syphiligraphe d'avoir à traiter des tabétiques. Car de l'instant où ces malades sont parvenus à savoir que leur affection est une conséquence de la syphilis, ils songeront à s'adresser à un médecin spécialisé dans le traitement de la syphilis.

Cependant, dans le tabès, les conditions sont tout autres que dans la paralysie progressive. Le tabès est une affection qui, en général, progresse beaucoup plus lentement que la paralysie.

D'autre part, la paralysie est encline à des rémissions, tout en présentant une marche progressive dans l'ensemble ; le tabès montre peu de propension aux rémissions, mais on y voit se produire des arrêts, de durée souvent illimitée.

Le tabès est beaucoup plus accessible que la paralysie au traitement par les remèdes antisyphilitiques spécifiques, et il arrive très souvent qu'on réussisse, par une ou plusieurs cures spécifiques, à rendre le tabès stationnaire dès les stades initiaux.

Il n'est pas rare de voir des cas de tabès existant depuis des années présenter, comme seuls symptômes, de l'immobilité pupillaire réflexe, avec ou sans myosis ou mydriase, l'absence des réflexes rotuliens et du tendon d'Achille, des douleurs lancinantes, peut-être encore des paresthésies ; mais d'ataxie, de troubles de la vessie et du rectum, d'impotence, de troubles étendus de la sensibilité, point.

Cependant, le tabès peut encore être rendu stationnaire même dans les stades ultérieurs ; on y observe alors les derniers symtômes énumérés, mais à l'état stationnaire.

A quoi reconnaît-on qu'un tabès est devenu stationnaire? C'est-à-dire que le processus syphilitique est arrivé à son terme dans le tissu nerveux ?

C'est à l'absence de la progression. Mais ce signe ne se reconnaît pas aussitôt chez le malade qu'on voit pour la première fois ou qui n'est en observation que depuis peu de temps. Et les antécédents ne fournissent pas toujours des renseignements certains sur ce point. L'examen du sérum et du liquide céphalo-rachidien fournit, par contre, un excellent point de repère. Lorsque la réaction du sérum et du liquide est négative et que l'observation clinique n'y contredit pas, et surtout lorsqu'à la suite de plusieurs épreuves, la réaction demeure négative, on peut admettre que, dans ce cas, le tabès est devenu stationnaire et ne nécessite plus aucun autre traitement antisyphilitique. Je sais fort bien que les réactions seules ne sauraient, dans tous les cas, donner des renseignements décisifs, et que, dans de rares cas, où les réactions ont été nettement négatives, le tabes peut encore se montrer en voie de progression. Voilà pourquoi j'ai ajouté qu'il y a lieu de tenir compte également de ce que révèle l'observation clinique.

D'ailleurs, on trouverait bien plus rarement une contradiction entre la marche clinique et les réactions du sérum et du liquide

céphalo-rachidien, si l'on pouvait, en général, se mettre d'accord sur la question de savoir quels symptômes dépendent directement du processus syphilitique qui se déroule dans le système nerveux et quels autres symptômes ne sont que des conséquences des lésions du système nerveux déterminées par ce processus.

Parmi ces derniers symptômes il faut compter surtout les douleurs lancinantes. On les trouve très fréquemment dans des cas de tabès demeurés complètement stationnaires pendant des années, voire des dizaines d'années. On en peut dire autant des crises, probablement.

Quant aux arthropathies tabétiques, elles ne sont pas l'expression d'un processus syphilitique actif se déroulant dans le système nerveux. Elles dépendent, d'un côté, du trouble de la sensibilité, et d'autre part, de la fragilité des os, lesquels, une fois qu'ils se sont installés, persistent, même lorsque le processus tabétique s'est depuis longtemps arrêté. Il en est de même, par exemple, du mal perforant. Quand on se sera habitué de ne voir, dans la présence de ces symptômes, aucune objection contre l'hypothèse de l'état stationnaire du processus tabétique, l'on trouvera aussi plus rarement une contradiction entre le tableau clinique de l'affection et les réactions du sérum et du liquide céphalo-rachidien. Et l'on s'abstiendra alors également de traiter maints cas de tabès stationnaire par des cures antisyphilitiques variées, et même par la malariathérapie, du moment que cela ne servira à rien.

Mais quand on se trouve en présence d'un cas de tabès pas trop avancé, et présentant cliniquement encore de la progression, ou des réactions positives, ou encore les deux, on pourra tout d'abord chercher à se rendre compte s'il est possible de rendre l'affection stationnaire, en pratiquant des cures spécifiques; mais si, en pareil cas, on adjoint en même temps une cure de malaria, on aura tout lieu d'être, en général, très satisfait du résultat.

Mais dans le cas où, en dépit des cures spécifiques, l'affection continue de progresser, et où le sérum et le liquide céphalo-rachidien n'accusent pas d'amélioration, il n'y aura pas longtemps à tergiverser : on pratiquera la malariathérapie.

Grâce à celle-ci, on réussit fréquemment à arrêter la progression du tabès. Les tabétiques avancés, ceux qui ne peuvent plus

marcher ou guère, qui ont une paralysie complète de la vessie, on les ménage le mieux par des cures spécifiques aussi bien que pyrétiques.

Avant d'aborder le traitement des autres formes de syphilis nerveuse, il me paraît indispensable de m'expliquer sur la méthode à suivre dans le traitement en question et d'élucider certaines questions se rattachant à son action.

Parmi les diverses formes de la malaria, c'est exclusivement à la *tertiana* qu'on a recours. La malaria *tropica*, employée en inoculations, s'est révélée comme extraordinairement maligne par son action. Quant à la *quartana*, on a dû y renoncer à cause de la difficulté considérable qu'il y avait à se la procurer.

Voici comment se pratique, à la clinique, l'inoculation de la *tertiana*. A l'aide d'une seringue, on aspire de la veine d'un malade atteint de malaria quelques centimètres cubes de sang, et l'on injecte ce sang aussitôt et tel quel au malade à inoculer, soit par la voie intraveineuse, soit par la voie sous-cutanée.

Il n'est pas indispensable de prélever le sang pendant l'accès de fièvre. Pour peu que le malarique ait eu un accès de fièvre son sang demeurera infectieux, même dans l'intervalle. Il n'importe pas non plus que la quantité de sang à injecter soit plus ou moins grande. Le sang injecté en grande quantité n'a d'effet particulier ni sur la période d'incubation, ni sur la violence des accès de fièvre.

A la suite d'une incubation de 8 à 15 jours en moyenne, surviennent des accès de fièvre malarique accompagnés de frissons, de chaleur et de sueur. Chez le paralytique, le type de fièvre dévie fréquemment du type *tertiana* pour affecter le type *quotidiana*; parfois il présente ce dernier type dès le début. Chez les syphilitiques tardifs, au contraire, on observe le plus souvent le type *tertiana*.

Pendant la période de fièvre, il est nécessaire de soutenir le cœur, ainsi que l'état des forces du malade, en lui prescrivant de la digitale, du strophantus, du cardiazol, de la caféine, du camphre.

Dès que le nombre voulu d'accès de fièvre, est atteint on donne au malade de la quinine, de préférence en ingestion, 5 grammes en l'espace de 5 à 7 jours.

On constate alors que la malaria inoculée est bien plus sensible à l'action de la quinine que la malaria naturelle. Dans

celle-ci on observe très fréquemment des récidives, qui ne se produisent pas, dans la malaria inoculée, à la suite de l'administration de quinine.

Celle-ci achevée, l'on peut observer un certain effet de la malariathérapie auquel j'attribue la plus grande importance dans la réalisation du succès thérapeutique : il se produit un relèvement de l'organisme dans tous les sens. Le poids du corps, qui était tombé pendant la phase du traitement, s'élève, le plus souvent jusqu'au-dessus de son point de départ ; l'appétit reprend : les malades ont meilleure mine ; l'état de leurs forces, leur humeur, leur sommeil s'améliorent, et beaucoup d'entre eux en expriment leur satisfaction en disant : il y a des années que je ne me suis pas senti aussi bien.

Ce regain de vie s'accompagne, en outre, d'une régression progressive des symptômes pathologiques, que l'on peut suivre pendant des semaines, parfois même pendant des mois.

La longue durée de l'action secondaire du traitement est une chose qui présente un intérêt tout particulier. Elle se manifeste dans les symptômes cliniques. Elle se révèle d'une façon toute particulière dans la réaction du sérum et du liquide céphalo-rachidien : dans les cures prophylactiques, les réactions du sérum et du liquide céphalo-rachidien demeurent souvent après l'application de la malariathérapie, sans modifications appréciables.

La réaction de Wassermann est même souvent plus accentuée. Mais il faut se rappeler que la malaria fait à elle seule, sans qu'il y ait syphilis, du Wassermann positif, fait qui se produit d'ailleurs également dans des cas de sclérose multiple exempte de syphilis, dans l'encéphalite, dans les psychoses.

Mais si, dans la suite, on reprend à plusieurs reprises l'examen des réactions chez des malades traités prophylactiquement, on peut se rendre compte que l'intensité des réactions va en décroissant : au bout d'un an, les réactions sont enfin devenues absolument négatives, même dans des cas où aucun autre traitement n'a été appliqué à la suite de la malariathérapie avec salvarsan avant et après.

Le même fait se produit, seulement dans une mesure de temps encore plus ralentie, dans les cas de paralysie progressive où il y a eu rémission complète. La réaction de Wassermann n'y devient absolument négative qu'au bout de 2, 3 ans et davantage, même dans des cas laissés sans traitement ultérieur.

La malariathérapie est un traitement dont l'application n'est pas exempte de certains dangers ; dangers qui, à vrai dire, menacent principalement les paralytiques, à peine les cas de syphilis latente. Dans les premiers temps, il s'est produit des cas de mort, chez nous aussi bien qu'ailleurs. Mais nous avons appris à combattre les dangers que comporte l'inoculation de la malaria, de telle sorte qu'aujourd'hui nous n'avons presque plus d'issue fatale à enregistrer.

Les malades d'âge avancé (nous avons été jusqu'à 70 ans), les malades dont l'organisme est affaibli, les malades à cœurs défectueux, même les tuberculeux, nous les inoculons, mais nous ne leur laissons faire que 2 accès de fièvre, 4 au plus ; puis, nous coupons la malaria, et nous laissons le malade se remettre pendant 6 semaines, tout en le traitant encore par le néosalvarsan. Quand se produit le relèvement de l'organisme dont il a été question plus haut, nous faisons une seconde inoculation, et dès lors le malade peut supporter, le plus souvent sans difficulté, les autres quatre à six accès de fièvre.

Dans d'autres cas, nous appliquons au malade toute la cure d'un seul trait, mais nous atténuons la malaria, suivant les besoins, en administrant de petites doses de quinine. De fait, lorsque nous voyons que la malaria, avec ses températures dépassant souvent, pendant des heures, 40 degrés, commence à incommoder le malade, nous lui donnons 0 gr. 2 à 0 gr. 3 de quinine, en nous abstenant de renouveler la dose le lendemain, où le malade a d'ailleurs généralement cessé d'avoir la fièvre. Celle-ci disparue, le malade peut se remettre. Puis, la fièvre réapparaît de nouveau, soit spontanément, soit à la suite d'une provocation, mais le plus souvent sous une forme atténuée. Pareille interruption peut être renouvelée dans le cas où le besoin s'en ferait sentir.

En règle générale, le nombre des accès de fièvre ne doit pas dépasser huit. Cependant chez les malades qui supportent très bien la fièvre, on peut aller jusqu'à dix et douze accès. Mais il n'est pas bon de faire durer la fièvre le plus longtemps possible. Prolonger celle-ci, ce serait empêcher le malade de retrouver la force nécessaire au relèvement dont il a été question plus haut.

Comment s'explique l'action de la malariathérapie dans la paralysie ? Diverses théories ont été émises à ce sujet, sans compter les expériences qu'on a instituées pour arriver à la solution de cette question.

Jahuel et Weichbrodt ont pu noter une action directe des hautes températures sur les spirochètes de lapins inoculés de syphilis. Mais les températures nécessaires à la destruction des spirochètes sont plus élevées que celles qui existent dans l'inoculation de la malaria.

Hoff et Silberstein ont démontré que, pendant la malaria, des substances immunisantes passent du sérum dans le liquide céphalo-rachidien et que le liquide céphalo-rachidien de paralytiques traités par la malaria exerce une action nocive sur les spirochètes.

Les expériences de Busson présentent un intérêt particulier. Il a pu montrer, que les corpuscules rouges du sang de malariques en défervescence fébrile, injectés à des cobayes, exercent chez ceux-ci une action particulièrement toxique. Or, les plasmodies de la malaria sont justement des parasites du sang, dont l'action a pour effet de détruire en masse les globules rouges du sang. C'est aux substances nées de la destruction des globules rouges que Busson attribue une action particulièrement forte, équivalant à celle d'une protéinothérapie. D'autre part, Schilling a établi que la malaria agit d'une façon particulièrement énergique sur les organes les plus importants pour l'hématopoïèse : rate, moelle osseuse, système réticulo-endothélial et que cette action y est bien plus forte que celle produite par d'autres modes de la protéinothérapie. Quant à moi, j'ai soutenu l'opinion que la malariathérapie joue un rôle double dans le traitement de la syphilis. D'une part, elle exerce sur l'infection syphilitique une action qui se constate dans toutes ses périodes. C'est encore par là qu'elle l'emporte sur d'autres espèces de fièvres, y compris les diverses méthodes de la vaccinothérapie et de la protéinothérapie. Quant à la question de savoir si elle l'emporte par un avantage sur le traitement spécifique, notamment sur un traitement énergique avec des préparations au salvarsan, je serais enclin à le mettre en doute.

Mais d'autre part, elle comporte encore une action spécifique sur le système nerveux affecté, donc une action neurotrope. Je fonde cette opinion d'abord sur les expériences de Heilig et Donath, qui ont montré que la décomposition de l'albumine, mesurée à la teneur du sérum en amino-acides, n'est pas accrue pendant la fièvre malarique, contrairement à ce qu'on observe dans les fièvres de la protéinothérapie et de la vaccinothérapie,

mais que, par contre, la teneur du liquide céphalo-rachidien en amino-acides est, dans la malaria, beaucoup plus grande que dans les fièvres déterminées par les protéines et les vaccins. Cela indique une espèce de réaction focale, que la malaria localise dans le cerveau du paralytique.

C'est comme une réaction focale de ce genre qu'il faut considérer, ce fait que, d'après les recherches de Sträussler, la réaction inflammatoire dans le cerveau du paralytique mort pendant la cure de malaria, est souvent particulièrement forte ; l'action élective de la malariathérapie sur le système nerveux paraît, en outre, indiquée par ce fait que le Wassermann du sérum se montre à son égard beaucoup plus résistant que le Wassermann du liquide céphalo-rachidien.

Enfin je crois m'être convaincu que la malaria agit bien moins sur la syphilis vasculaire que sur le processus paralytique. Il m'a été donné de constater que, même dans des cas de paralysie à marche favorable, la syphilis du système vasculaire, loin de s'améliorer, s'était encore aggravée.

Nous voici arrivé au traitement par la malaria des premiers stades de l'infection syphilitique, ou plutôt de la période secondaire. Kyrle, en se fondant sur les résultats favorables qu'il a constatés dans la latence tardive à réaction positive du liquide céphalo-rachidien, est allé plus loin : il a également traité par la malaria les stades secondaires de la syphilis et il nous en a rapporté des résultats très favorables.

Mais sur ce point, l'opinion des syphiligraphes est encore loin d'être unanime, et la question peut, en effet, être envisagée à divers points de vue.

Ne prenons que la phase de la syphilis secondaire avec ses manifestations. L'on a cru qu'il était possible de combattre les symptômes de cette période par le seul moyen des remèdes spécifiques. Et comme la malariathérapie de la syphilis secondaire ne préserve pas des récidives, on peut soutenir ce point de vue qu'un traitement simplement spécifique, dont l'application ne nécessite pas l'hospitalisation, mérite d'avoir la préférence sur un traitement par la malaria, qui ne peut être pratiqué qu'à l'hôpital et qui toujours impose à l'organisme de grands efforts.

Mais la question change de face quand on songe au sort ultérieur du syphilitique, car nous savons que, pour lui, il importe de se tirer de la période secondaire avec un liquide céphalo-rachidien négatif.

Or, d'après les chiffres que nous a communiqués E. Hoffmann, de Bonn, il n'est plus douteux qu'il soit possible de maintenir avec assez de certitude l'état négatif du liquide céphalo-rachidien chez un syphilitique secondaire, voire de rendre le liquide négatif définitivement. Mais quelles cures Hoffmann estime-t-il nécessaires pour assurer ce résultat? Trois cures, dans chacune desquelles sont employés 10 grammes de néosalvarsan et une grande quantité de bismuth ; des cures qui réclament de l'organisme de grands efforts et mettent à l'épreuve la résistance du malade.

D'autres auteurs rapportent que, dans les cas où la malariathérapie est appliquée dans la période secondaire de la syphilis, il peut, à la vérité, se produire des récidives, mais que le liquide céphalo-rachidien demeure ou devient définitivement négatif.

Si ce fait venait à se confirmer, tout porte à croire qu'il sera peut-être plus facile de faire accepter par le malade d'être soumis à une *seule* cure de malaria, avec tout ce qu'elle comporte de traitement à l'hôpital, et de traitement spécifique avant et après la cure, traitement qu'il supporterait d'ailleurs plus facilement que les trois cures qui entrent dans le programme de Hoffmann.

Quant au traitement des affections véritablement syphilitiques des périodes secondaire et tardive de la syphilis du système nerveux, l'on ne saurait encore actuellement poser des indications précises en vue de l'application de la malariathérapie, car, à l'heure qu'il est, les observations sont encore trop peu nombreuses pour permettre de porter un jugement sur la question.

Après ce que je viens de donner comme l'expression de mon opinion sur l'action spécifique de la malaria sur le tissu nerveux affecté par la syphilis, l'on concevra que je ne puis guère me prononcer affirmativement sur la question de savoir si, dans le traitement de ces affections qui se déroulent dans le système vasculaire réticulo-conjonctif, la malaria présente un avantage particulier sur les moyens spécifiques, appliqués éventuellement en combinaison avec d'autres méthodes non spécifiques quelconques, la vaccinothérapie ou la protéinothérapie.

Pour moi, il ne s'agit pas, d'une façon générale, de se demander laquelle des deux vaut le mieux, de la thérapeutique spécifique ou de la thérapeutique non spécifique. C'est là une question qui est formellement considérée, par d'autres auteurs, comme une question de prestige des préparations salvarsaniques.

Des modifications dans un sens favorable des processus syphi-

litiques par des méthodes non spécifiques ont déjà été signalées, bien avant l'ère de la malariathérapie, par les succès de la tuberculinothérapie et d'autres méthodes analogues.

C'est donc à une thérapeutique rationnelle qu'incombera le devoir d'appliquer également au traitement de la syphilis les méthodes non spécifiques, surtout après s'être convaincu qu'on ne peut encore, ou du moins assez rapidement, arriver à un résultat satisfaisant, en recourant aux méthodes spécifiques seules, et, de toutes les méthodes non spécifiques, c'est certainement la malariathérapie qui est la plus efficace.

Un traitement rationnel de la syphilis ne doit pas viser seulement tels symptômes, telles manifestations de la syphilis, mais s'appliquer à l'affection dans son ensemble. En traitant le syphilitique on ne doit pas avoir en vue uniquement le présent du malade, mais aussi son avenir.

ATROPHIES ET SYNÉCHIES UNGUÉALES D'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Par MM. P. RAVAUT et MONNEROT-DUMAINE.

Les manifestations unguéales de l'hérédo-syphilis, sans être fréquentes, sont connues, et un certain nombre de formes sont énumérées dans les traités classiques.

C'est ainsi que la syphilis héréditaire peut créer des onyxis en tous points comparables à ceux de la syphilis acquise. C'est un fait connu et sur lequel nous n'insisterons pas. Rappelons seulement que ces lésions s'observent habituellement dans le premier âge au milieu d'une efflorescence de manifestations syphilitiques et ne sont signalées à l'âge adulte que de façon tout à fait exceptionnelle (1).

Par ailleurs, l'hérédo-syphilis peut être responsable d'atrophies et de dystrophies *congénitales*. Mais qu'il s'agisse d'*absence* de l'ongle, de *développement insuffisant*, ou d'autres aspects, ces divers processus ne sont pas particuliers à l'hérédité syphilitique et peuvent être l'aboutissant d'une autre hérédité morbide : tuberculeuse, alcoolique ou autre. Les traités de dermatologie étudient en effet les atrophies et dystrophies unguéales dans un chapitre d'ensemble et ne décrivent pas de formes propres à l'hérédo-syphilis. Il est vrai qu'actuellement on a tendance à rapporter à celle-ci certaines lésions dystrophiques des ongles (2 et 3).

Quoi qu'il en soit, nous ne voulons attirer aujourd'hui l'attention que sur un aspect spécial de l'hérédo-syphilis des ongles, c'est la *forme atrophique* non congénitale.

(1) DANDOIS (de Louvain). Un cas d'hérédo-syphilis révélée à l'âge adulte par des dystrophies unguéales. *Soc. belge de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1905, Bulletin, n° 4.

(2) DU BOIS (de Genève). Nævus kératosique généralisé avec dystrophie congénitale de tous les ongles (*Annales de Dermat.*, 1925).

(3) DU BOIS (de Genève). Quelques dystrophies localisées de l'hérédo-syphilis. *Loc. cit.*, 1926.

C'est une forme dont les observations sont très rares, et dont nous avons pu rapporter un cas à la Société de Dermatologie.

En 1907 Gaucher publiait deux cas qu'il qualifiait (1) d'onychose atrophique exfoliante hérédo-syphilitique. Celui des cas qu'il prenait pour type de description concernait un enfant de 11 ans dont les ongles des doigts et des orteils s'effritaient, s'amincissaient, se striaient, s'atrophiaient ; des lamelles cornées se soulevaient par places ; on observait à la moitié antérieure des ongles une dépression concave ; il n'y avait pas de phénomènes inflammatoires. Le père avait eu la syphilis ; deux frères avaient des dystrophies, mais l'enfant lui-même ne présentait que ces lésions des ongles.

Gaucher se demandait alors si toutes les onychoses analogues sans étiologie déterminée ne devaient pas être rattachées à l'hérédo-syphilis. En 1909 il exprimait la même idée dans son traité (2), mais ne signalait pas de nouvelles observations.

En 1906 cependant Whitehouse (3) rapporte une observation qui se rapproche beaucoup de celle de Gaucher et semble rentrer dans le même cadre général.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans dont plusieurs ongles des mains étaient décolorés, irréguliers, minces, crevassés, quelques-uns même en forme de cuiller. En certains endroits le processus d'émiettement et de désagrégation (crumbling and desintegration) s'avançait vers la matrice précédé d'une marge jaunâtre. Par contre d'autres ongles épais, tordus, rigides étaient d'un type plutôt hypertrophique. Bien que l'hérédo-syphilis ne fût pas prouvée l'auteur n'hésitait pas à l'incriminer.

Par contre cette étiologie n'est pas invoquée dans une observation intéressante de Pires de Lima (4). Cinq femmes de la même famille ont des ongles difformes, ou déprimés, striés, parfois réduits à deux ébauches latérales, la partie médiane étant remplacée par de la peau fine. Cependant ces déformations sont congénitales et s'écartent par cela de la forme d'onychose que nous étudions.

(1) Gaucher. Onychose atrophique exfoliante hérédo-syphilitique. *Association française pour l'avancement des Sciences*, 1907, t. I.

(2) Gaucher. *Maladies de la peau.* Baillière, 1909.

(3) Whitehouse. Affections of the nails. The New-York Dermatological Society, 26 mai 1908 dans *J. Of. cutan. and ven. diseases*, nov. 1908.

(4) Pires de Lima (de Porto). Onychatrophie familiale congénitale. *Annales de la Dermatologie*, 1924, p. 266.

Quant aux traités, ils n'individualisent pas cette forme qui reste confondue avec les différents troubles trophiques des ongles. Cependant tout en qualifiant d' « essentielles » les atrophies acquises des ongles, Brocq (1) en décrit un type qu'on observerait chez les anciens syphilitiques : sans manifestations inflammatoires, l'ongle se raie, se strie, s'effrite en minces lames cornées et finit pas disparaître. Il reste une surface déprimée avec des lamelles cornées. Il est vrai que l'auteur ne parle pas de syphilis héréditaire.

Darier (2) est plus affirmatif puisqu'il écrit que l'hérédo-syphilis peut donner lieu non seulement à des onyxis et périonyxis semblables à celles de la syphilis acquise, mais aussi aux diverses atrophies et dystrophies unguéales. Ces onychoses dystrophiques qu'il étudie alors sont le sillon ou bourrelet transversal, la sidération unguéale, la chute de l'ongle, l'onychorrhexis (état fissuré et fragile), l'onychochizie (décollement de l'ongle), l'épaississement, l'onychogryphose.

Si nous nous reportons à une revue générale publiée sur la syphilis des ongles par Adamson et Mac Donagh (3) nous voyons signalées des formes variées d' « onyxis syphilitique sèche » craquelée, fissurée, en moelle de sureau, striée, cannelée, mais l'hérédo-syphilis n'a pas de mention spéciale.

Voici maintenant l'observation de la malade que nous avons présentée à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Marie X..., âgée de 15 ans, est venue nous montrer ses ongles à l'hôpital Saint-Louis en décembre 1927.

La date et le mode de début n'ont pu être précisés. Ni la famille ni le médecin de celle-ci ne se souviennent avoir constaté d'anomalies des ongles à la naissance. La mère a commencé à s'en apercevoir alors que l'enfant avait six ans. A ce moment on n'observa aucune lésion d'aspect inflammatoire. Depuis, les déformations se sont accentuées lentement et progressivement.

Voici en quoi consistent ces déformations (dont nous donnons la reproduction photographique).

1° *Main gauche.*

Pouce. L'ongle est rayé, irrégulier. C'est la partie proximale, près

(1) Brocq. *Précis Atlas de Pratique Dermatologique,* 1921.

(2) Darier. *Précis de Dermatologie.*

(3) Adamson et Mac Donagh. Deux formes rares de syphilis unguéale avec quelques remarques générales sur la syphilis de l'ongle. *Brit. Journ. of Dermatology,* 1911.





de la sertissure qui est la plus altérée, molle, plane, elle se continue avec les téguments voisins sans démarcation nette sans le talus constitué normalement par la sertissure.

Index. L'ongle n'est plus individualisable que près du bord libre, qui d'ailleurs n'est plus libre, mais soudé, symphysé. Il n'y a plus de matrice et la peau de la face dorsale du doigt se continue insensiblement avec ce qui reste de l'ongle, c'est-à-dire un vestige mou, rayé et qui ne pousse plus.

2° *Main droite* .

Index. L'ongle est réduit à deux petites plaques latérales entre lesquelles la peau des doigts, absente de corne, s'avance jusqu'au bout du doigt. Pas de matrice.

Médius. L'ongle est rayé. La sertissure est moins nette que normalement ; la lunule est absente.

Annulaire. Plus de matrice. Le départ de l'ongle, sa limite postérieure est indécise. Sa corne est molle. L'extrémité distale est irrégulière et n'arrive pas au bout du doigt. La partie centrale est déprimée et tend à ressembler à de la peau ordinaire.

3° *Pieds.*

Les ongles des pieds sont moins modifiées. Celui du gros orteil droit est strié et la sertissure a perdu son relief. L'ongle correspondant à gauche est strié. Les ongles des petits orteils sont petits, mal formés, mais leurs lésions rappellent moins celles des ongles des mains.

Tous les ongles altérés ne poussent pas et ils ne sont en effet jamais coupés.

Les mains et les pieds sont violacés, froids, engourdis l'hiver mais non l'été : signes d'acrocyanose banale. Pas de signe de maladie de Raynaud.

Par ailleurs, le développement général est suffisant ; les règles sont apparues à l'âge de 14 ans. L'examen somatique ne permet de déceler aucune lésion du cœur, des poumons, du foie, de la rate, du système nerveux.

Les dents, au nombre de 28, sont normales.

L'examen psychique paraît normal, quoique le développement intellectuel semble médiocre.

Le corps thyroïde est très petit.

La voûte palatine est ogivale.

L'appendice xiphoïde manque.

La réaction de Hecht est partiellement positive dans le sang.

Dans les antécédents personnels, on ne relève rien de spécial. Les premiers pas ont été un peu tardifs.

Plusieurs grands-parents semblent avoir succombé à une hémiplégie.

Une sœur de la malade est une grande émotive constitutionnelle.

A la présentation de cette malade à la Société de Dermatologie, M. Sabouraud a partagé notre opinion en ce qui concerne

l'origine hérédo-syphilitique de ces lésions et M. Milian les a considérées comme une onyxis atrophique, dont la syphilis est généralement la cause.

Mais comme cette forme nous a semblé avoir été jusqu'ici souvent méconnue et mal distinguée des troubles trophiques des ongles, nous avons cherché à mieux l'individualiser, en dégageant ses principaux caractères dans une description d'ensemble basée sur l'étude de notre cas et des descriptions antérieures.

Tout d'abord l'onyxis hérédo-syphilitique atrophique ne doit pas être confondue avec les atrophies congénitales, qui peuvent, elles aussi, bien entendu, être une manifestation syphilitique.

Il s'agit généralement de sujets jeunes.

Il semble que les ongles commencent par se strier longitudinalement. Les stries deviennent profondes, s'accusent et forment des cannelures irrégulières. Du côté de la matrice, le talus normal s'affaise, s'atténue, disparaît complètement.

L'ongle ralentit sa croissance, puis cesse de croître. Parfois il devient concave. La lunule disparaît complètement. La corne s'amollit. On ne distingue plus de sertissure et on ne peut plus dire où l'ongle commence. On passe insensiblement de la peau normale du doigt à une surface cornée irrégulière qui est trop peu individualisée pour mériter le nom d'ongle. Ce vestige ne se termine pas en avant en surplombant la pulpe du doigt, mais reste soudé à son lit de telle sorte qu'on ne pourrait le soulever ou le tailler. Il y a là une sorte de symphyse. Dans certains cas (Gaucher, Whitehouse, Brocq) l'ongle s'effrite et tombe par lamelles cornées. C'est pourquoi on peut décrire à l'onyxis atrophique une variété « exfoliante ».

On ne voit sur ces ongles, ni hyperkératose, ni manifestations inflammatoires, ni périonyxis.

Tels sont les caractères de la forme atrophique de l'onyxis hérédo-syphilitique. Il est bien exceptionnel qu'une autre cause puisse donner le même aspect. Au musée de l'Hôpital Saint-Louis existe bien un moulage d'ongles atteints de façon analogue, moulage intitulé par Fournier « dystrophie congénitale progressive » ; mais il s'agissait peut-être d'hérédo-syphilis. L'article cité plus haut de Whitehouse est accompagné d'une photographie montrant une onyxis atrophique qui rappelle morphologiquement celle que nous avons décrite, mais il s'agissait de

syphilis acquise. Enfin dans le *Traité de Pathologie Médicale* (1), on donne une figure d'onychose dystrophique dans la maladie de Raynaud présentant aussi le même aspect. Nous croyons donc que celui-ci, sauf très rares exceptions, est assez spécial, assez particulier pour évoquer immédiatement l'idée de syphilis héréditaire.

Nous pensons aussi que se vérifie le pressentiment de Gaucher lorsqu'il se demandait si bien des onychoses à étiologie indéterminée ne devaient pas être rattachées à l'hérédo-syphilis.

(1) Civatte. Maladies des ongles, *in Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, t. XXI.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS DES GLANDES ENDOCRINES OBSERVÉES CHEZ DES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

Par MM. J. PAYENNEVILLE et F. CAILLIAU

A

Les très intéressants rapports présentés au troisième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes (Bruxelles, juillet 1926) nous ont suggéré l'idée de rechercher systématiquement les lésions histologiques et parasitologiques des glandes endocrines de jeunes enfants atteints de syphilis héréditaire en pleine évolution.

Sous le nom de glandes endocrines nous comprenons les organes reconnus comme tels par les rapporteurs, c'est-à-dire les capsules surrénales, le corps thyroïde, le testicule, les ovaires, l'hypophyse ; nous y ajoutons le thymus avec les réserves qu'il convient de faire. Nous avons intentionnellement laissé de côté le pancréas, dont le rôle endocrinien paraît plus discuté, mais que nous nous proposons d'étudier dans nos recherches ultérieures.

Bien que nous n'ayions pas la prétention de refaire ce chapitre d'anatomo-pathologie déjà très largement traité (*Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes*, Nicolas et Gaté, Léri et Barthelemy, et la bibliographie citée par ces rapporteurs, juillet 1926), nous avons cru qu'il serait cependant intéressant de publier le résultat de nos recherches, surtout en raison de certaines considérations anatomo-physiologiques que nous présenterons en quelque sorte comme des conclusions à ce travail.

Désireux de faire la part réelle de ce qui revient à la syphilis héréditaire dans l'étiologie des troubles endocriniens des 12 cas que nous avons étudiés, nous nous sommes heurtés aux difficul-

tés de l'enquête chez de très jeunes enfants qui, succombant rapidement, ne permettaient que des observations cliniques restreintes. Mais s'il ne nous a pas été possible de répondre complètement aux *desiderata* cliniques exprimés par les rapporteurs, en particulier par MM. Leri et Barthelemy, nous apportons néanmoins trois observations complètes qui, jusqu'à un certain point, semblent cadrer avec les types réclamés par ces auteurs. L'un de nous, lors de la discussion des rapports à Bruxelles, avait d'ailleurs, d'une façon concise, fait allusion à l'un de ces cas dont nous donnons ci-dessous l'observation très résumée.

1. *Myxœdème, dystrophies et hérédo-syphilis.*

Jeune fille de 13 ans, enfant de l'A. P. hospitalisée pour pemphigus aigu bénin ; n'a pas connu sa mère, le père atteint d'aliénation mentale, a succombé. L'enfant a quatre frères et sœurs bien portants.

Outre des lésions de pemphigus elle présente des signes évidents de *myxœdème*. La taille est petite, le facies eunuchoïde, la figure est bouffie, les cheveux rares, les sourcils absents. Les régions sous-maxillaire et cervicale sont empâtées ; le regard est sans expression. La malade accuse des troubles de frilosité et d'acro-asphyxie. La tension atteint 14-4 avec très petites oscillations. On observe une légère tachycardie (104).

Au point de vue spécificité héréditaire, la dentition est défectueuse, les incisives crénelées, l'appendice xiphoïde est atrophié. La mâchoire supérieure est en carène, à la mâchoire inférieure on note des échancrures en coup d'ongle. La voûte ogivale est typique.

Notons que l'aspect général rappelait le syndrome adiposo-génital.

2. *Acromégalie et hérédo-syphilis.*

Jeune homme de 18 ans, de taille exagérée. Le crâne est déformé, on note une augmentation sensible du diamètre vertical, le front est élevé et saillant, le prognatisme du maxillaire inférieur est très accusé. Le visage est asymétrique, l'oreille gauche plus grande que la droite, le lobule gauche est hypertrophié, éléphantiasique. Le nez est déformé, aplati et hypertrophié. La dentition est mauvaise : on observe des érosions multiples, des crénelures et des sillons surtout marqués aux incisives inférieures ; les prémolaires sont atrophiées, les canines en forme de vrilles. Les dents mal implantées chevauchent les unes sur les autres.

La voûte cranienne est ogivale, le sourcil rare ; on distingue des rhagades péri-buccales et des cicatrices étoilées. Les mains et les pieds offrent un volume exagéré. Sur tout le corps on observe des plaques de vitiligo : une plaque est apparue sur l'abdomen, peu après la naissance, s'est progressivement développée et a envahi presque toute la paroi abdominale ; d'autres plaques sont apparues depuis

cinq ans. Depuis deux ans pelade de la nuque, psoriasis avec lésions intertrigineuses suintantes des plis de l'aine. La tension est de 13-9 avec de très petites oscillations ; le pouls bat à 96. Les réflexes oculaires sont négatifs.

Ce sujet est né à terme sans lésions plantaires ni palmaires mais avec lésions péri-buccales ; il aurait eu une méningite à l'âge de 18 mois.

Trois frère et sœurs, ses aînés, sont bien portants ; sept enfants nés après lui sont décédés en bas âge, sans qu'il soit possible de déterminer les causes de la mort ; l'un d'eux aurait présenté des convulsions.

Le Bordet-Wassermann est resté constamment négatif même après réactivation. Vernes = 0.

Le malade a été soumis d'abord au traitement exclusivement endocrinien ; malgré l'administration de 25 milligrammes par jour d'extrait thyroïdien de Fournier, il n'a présenté aucune amélioration. Le traitement pluriglandulaire a été suivi du même échec.

Le traitement spécifique employé seul (novarsénobenzol et cyanure) n'a modifié aucun des troubles signalés (pelade, psoriasis, tension, etc.).

Par contre l'association des deux traitements (spécifique et endocrinien) a amené une modification très grande dans l'état général. La pelade a presque totalement disparu, le vitiligo, le psoriasis, les phénomènes congestifs et hypertrophiques du nez se sont amendés notablement, la tension s'est relevée, la sensation de frilosité a disparu.

3. *Myxœdème et hérédo-syphilis.*

Fillette de 2 ans dont l'hérédité est muette. Les stigmates de syphilis héréditaire sont précis. Le crâne est natiforme, les bosses frontales forment de volumineuses saillies. Les tibias sont à la fois incurvés et aplatis en lame de sabre. La taille est petite. L'habitus myxœdémateux est très net : la face est large, le nez aplati et étalé ; les lèvres sont épaisses, les joues soufflées, le teint pâle. La physionomie est immobile et sans expression, les téguments sont infiltrés, la peau sèche et rugueuse. L'enfant accuse un état de torpeur et d'apathie.

Cette petite malade a succombé 24 heures après son admission dans le service et le Bordet-Wassermann n'a pu être pratiqué.

4. *Myxœdème et hérédo-syphilis.*

Fillette de 18 mois offrant l'aspect général du myxœdémateux, bouffissure de la face, pâleur, téguments infiltrés.

Les stigmates spécifiques sont nets : saillie des bosses frontales, ensellure nasale, crâne natiforme, gros foie.

Les autres sujets que nous avons étudiés étaient des enfants dont l'âge variait de 1 jour à 2 ans, offrant des lésions d'hérédité spécifique nette associées souvent à un syndrome endocrinien ou dystrophique, ce syndrome restant d'interprétation par-

fois difficile pour les raisons que nous avons signalées. Nous relevons surtout parmi ces troubles les déformations craniennes et nasales, les troubles de la dentition, les périostites et ostéites raréfiantes, les rhagades péribuccales et lésions cicatricielles des membres, les lésions impétigineuses, pemphigoïdes et psoriasiformes etc., et, d'autre part, le myxœdème et des troubles dystrophiques divers principalement cutanés.

En somme, cliniquement, nous avons tantôt observé les manifestations de la syphilis héréditaire associées à un syndrome endocrinien indiscutable ; tantôt le syndrome endocrinien était ébauché, parfois absent. Mais il nous a semblé que lorsque les troubles de sécrétion interne ne pouvaient, en raison des difficultés d'examen clinique, être mis en évidence chez les sujets étudiés, les lésions anatomiques des glandes endocrines permettaient de croire qu'ils étaient latents, en évolution, comme semble l'attester l'étude histologique qui va suivre.

B

Nos recherches *histo-bactériologiques* ont porté sur les surrénales, le corps thyroïde, l'hypophyse, le testicule, le thymus, le foie et la rate.

Nous avons mis en évidence le tréponème dans les tissus, étudié et interprété les lésions. Celles-ci sont très comparables à celles qu'ont décrites les auteurs qui nous ont précédé dans ces recherches ; mais l'interprétation histogénétique qui s'en dégage nous a paru intéressante à signaler, et la systématisation qu'elle révèle évoque bien celle qu'on observe généralement dans la syphilis.

Nous résumons brièvement ces lésions.

La *capsule surrénale* est, comme l'a dit M. Sézary, l'organe le plus souvent lésé après le foie et la rate ; c'est celui que nous avons le plus minutieusement analysé.

L'étude *anatomique* nous a le plus souvent montré des glandes hypertrophiées et dures, atteignant souvent la moitié du volume du rein, parsemées parfois de grains blanchâtres.

Histologiquement nous avons fréquemment observé des hémorragies interstitielles, et d'une façon presque constante, des lésions vasculaires, des périvasculites intéressant les veines,

les artérioles, les sinusoïdes, première amorce d'une sclérose périvasculaire, comme dit Léri. Les gommes étaient rares, miliaires, peu évoluées, au stade de granulome, sans nécrose. Par contre, la sclérose nous a paru constante. Tantôt c'est une sclérose hypertrophique cortico-surrénale, avec hyperactivité fonctionnelle évidente des spongiocytes (hyperépinéphrie), évolution

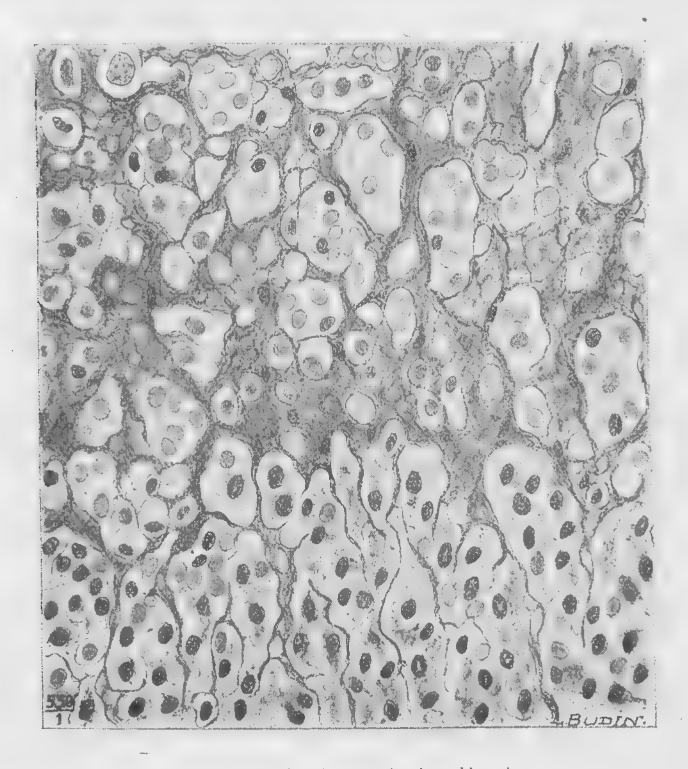


Fig. 1. — *Glande surrénale sclérosée.*

Le dessin montre un segment de la glande intéressant à la fois le cortex et la médullo-surrénale.

La moitié inférieure de la figure montre les trabécules de la corticale hyperplasiée, séparées par les travées de la sclérose hypertrophique.

La partie supérieure représente la médullo-surrénale envahie par une cirrhose dont les anneaux entourent tantôt une ou deux cellules, tantôt des groupes de cellules en cordons. Ceux-ci ne se distinguent sur le dessin des capillaires sinusoïdes que par la présence dans ces derniers de globules blancs à noyau bien teinté.

Les sinusoïdes ont leurs parois transformées par la sclérose en capillaires.

Sclérose atrophique morcelante de la médullaire riche en fibres élastiques ; les cellules chromaffines ont été à dessein peu teintées pour la clarté de la figure.

La corticale est hyperplasiée malgré la sclérose hypertrophique, la médullaire est réduite à des cordons courts uni ou paucicellulaires par la sclérose atrophique, rétractile, élastigène.

nodulaire et adénomes surrénaux miliaires ; lésions comparables à celles du foie paludéen et des cirrhoses hypertrophiques biliaires ; les spongiocytes encadrés de travées fibrillaires sont volumineux, riches en enclaves, en mitochondries, en mitoses. Tantôt c'est la sclérose atrophique rétractile et élastigène de la médullo-surrénale réduite à des cordons courts, étranglés dans le collagène (hypoépinéphrie) ; le tissu chromaffine est atrophié, sans enclaves, sans granulations, ses éléments cellulaires sont encerclés par la cirrhose.

Tantôt les deux processus sont associés, la médullaire sclérosée, atrophiée, tend à disparaître, tandis que le cortex présente les lésions des scléroses hypertrophiques, exceptionnellement, nous l'avons rencontré atrophié dans un cas.

L'étude *bactériologique* des tissus soumis à l'imprégnation argentique montre de nombreux tréponèmes qui abondent surtout autour des vaisseaux et des sinusoïdes.

Le *corps thyroïde* est généralement hypertrophié, ferme, induré, et présente souvent des nodules saillants, de teinte claire, enchâssés dans le parenchyme. A la coupe il offre un aspect charnu.

Histologiquement les lésions vasculaires sont fréquentes. Souvent on observe la transformation de la circulation capillaire normale en circulation sinusoïdale, et ces lacunes vasculaires multipliées revêtent l'aspect de néoformations angiomateuses associées à l'évolution trabéculaire, endocrinienne parfaite de la glande. Nous n'avons pas observé de gommes, mais de petits granulomes miliaires.

La sclérose interstitielle, fibroïde, élastigène, systématisée autour des vaisseaux n'est pas rare ; elle n'est pas incompatible avec l'hyperplasie du parenchyme. Celui-ci est le plus souvent charnu, non colloïde, et l'hyperplasie comporte une multiplication des cellules thyroïdiennes, petites, granuleuses, à contours mal dessinés, à noyaux pycnotiques, limitant parfois encore des vésicules atrophiées, pauvres en colloïde ; parfois les vésicules, la colloïde manquent, la glande est composée de cordons dont l'hyperplasie revêt le type de l'adénome endocrinien avec trabécules cellulaires pleines et circulation sinusoïdale. On peut se demander si cet aspect qui rappelle les hyperplasies vestigiaires de la glande décrites par Wolfflers et que nous avons fréquemment observées même chez des sujets de 18 mois, est l'expression

d'une régression vers l'état fœtal, ou d'un adénome de régénération (Apert) ou la conséquence d'une irritation par un processus inflammatoire chronique.

L'imprégnation argentique des tissus nous a montré le tréponème localisé autour des capillaires sinusoïdes et des vaisseaux.

L'*hypophyse* très variable comme volume nous a paru le plus souvent augmentée. Cette glande est parfois le siège de suffusions



Fig. 2. — *Corps thyroïde en transformation endocrinienne totale avec cirrhose.*

On peut remarquer la disparition complète des vésicules remplacées par des cordons cellulaires pleins, constitués de petites cellules claires acidophiles. Aucune trace de colloïde.

Au centre un sinusoïde remanié par la sclérose : celle-ci comportant des travées fibrillaires et des fibres élastiques, débute entre le vaisseau et le parenchyme glandulaire et irradie dans toute la glande.

A un grossissement plus fort, la préparation montrait encore des ébauches de vésicules au sein de ces cellules claires.

La glande thyroïde méconnaissable revêt le type de l'adénome endocrinien trabéculaire.

hémorragiques. Les vasculites qu'on y observe souvent revêtent les caractères de la spécificité. Les gommes sont fréquentes sous

toutes les formes miliaires, nodulaires, crues et ramollies. Elles offrent tous les caractères du processus gommeux de la syphilis héréditaire : l'encapsulement manque, l'aspect de la gomme est plus fibrinoïde que caséeux et cette nécrose acidophile qui respecte longtemps les silhouettes cellulaires mêlées aux corpuscules réfringents de Malassez, est moins destructive que la gomme tuberculeuse, ménage le tissu élastique et est entourée de cellules géantes bien différenciables des plasmodes ou syncytia résultant de la confluence des cellules chromophobes décrits par Sabrazès et Dupérié, et que nous avons parfois rencontrés.

Certaines glandes sont envahies par une sclérose fibrillaire, élastigène, et dans un cas nous avons pu observer une véritable cirrhose occupant tout le lobe glandulaire chez un sujet présentant des dystrophies osseuses.

Le parenchyme a perdu généralement toute ordination en tubes glandulaires, les cellules claires sont multipliées et subissent parfois l'évolution plasmodiale.

Le lobe nerveux est riche en vasculites ; la *pars intermedia* est envahie souvent par une sclérose fibrillaire irradiant autour des sinusoïdes.

Les recherches *bactériologiques* décèlent le tréponème qui nous a paru abondant dans la *pars intermedia*.

Le *testicule* accuse des dimensions normales ou peu réduites ; nous ne l'avons trouvé ni ficelé, ni couvert de gommes, mais souvent induré : dans un cas cependant l'atrophie était totale. Les foyers hémorragiques y sont habituels et le microscope y découvre des lésions vasculaires spécifiques. Si les gommes y sont exceptionnelles, la sclérose y est constante et prédominante : elle débute par les cellules périvasculaires du testicule ; elle répond à deux types, type atrophique et rétractile, type hypertrophique avec ilôts inflammatoires nodulaires.

Par place le tissu conjonctif hyperplasié prend l'aspect myxomateux avec présence de cellules étoilées et substance intercellulaire muqueuse au sein de laquelle on distingue parfois le syncytium sertolien. Le parenchyme glandulaire étouffé par la sclérose est souvent très réduit. Les cellules interstitielles paraissent rares.

L'examen *bactériologique* montre rarement le tréponème dans le tissu interstitiel.

Le *thymus* est fréquemment induré, souvent assez volumineux

et sa régression ne suit pas la marche habituelle suivant l'âge.

Histologiquement la glande est souvent congestionnée et infiltrée de raptus hémorragiques. Nous avons pu y déceler parfois des lésions nettes d'endo et périvasculite spécifique. Nous y avons rencontré des gommes ; la sclérose y est parfois intense et les lobules thymiques sont dissociés par une véritable cirrhose. Dans ces lobules on remarque un grand nombre de

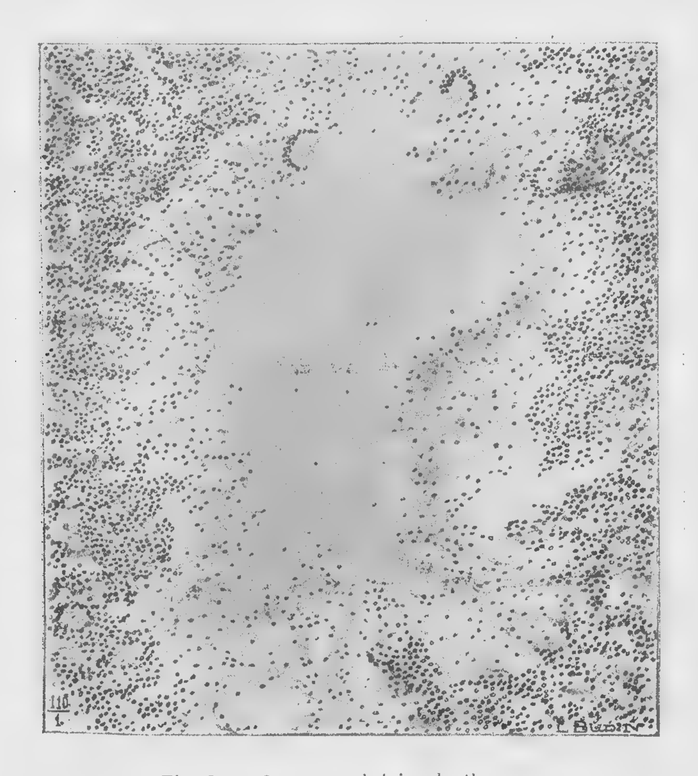


Fig. 3. — *Gomme nodulaire du thymus.*

On distingue les trois zones de la gomme :

1° La zone centrale homogène, caséeuse, où se distinguent encore quelques noyaux pycnotiques.

2° La zone intermédiaire acidophile avec deux cellules géantes.

3° Le tissu thymique avec les thymocytes.

On peut remarquer l'absence de tendance à l'enkystement ; aucune coque fibro-vasculaire ne limite la gomme qui revêt bien les caractères de la gomme syphilitique héréditaire non encapsulée comme celle de l'adulte.

corpuscules de Hassal et des kystes paraissant résulter de la confluence suivie de dégénérescence des corpuscules. Ces kystes, dits kystes d'involution, sont limités par une paroi comportant

une simple assise de cellules aplaties ou cubiques et rudimentairement ciliées; d'autres sans parois paraissent creusés en plein parenchyme. Leur lumière est encombrée de corpuscules de Hassal dont les cellules sont tantôt imbriquées, enroulées, partiellement kératinisées ou dégénérées, tantôt envahies par des leucocytes, des pigments, des vésicules adipeuses etc.

Autour de ces corpuscules on distingue des cellules dégénérées, des amas de polynucléaires et de lymphocytes.

Ces cavités qui répondent suivant les cas aux abcès de Dubois ou aux kystes de Dupérié et Cantonnet, sont dus apparemment aux lésions vasculaires spécifiques ayant entraîné des nécroses, et semblent relever du tréponème qu'on peut y rencontrer. Peut-être représentent-ils parfois un reliquat de l'état fœtal évoqué par certains aspects syncytiaux des corpuscules de Hassal. Quoi qu'il en soit, le thymus semble plutôt dans ces états pathologiques se comporter comme un organe hématopoïétique que comme une glande endocrine. Du tissu adénoïde il offre la réaction macrophagique et souvent la réaction myéloïde signalée par MM. Nicolas et Gaté.

Nous avons rencontré le tréponème assez fréquemment autour des parois vasculaires et parfois dans les kystes.

Nous n'insisterons pas sur les lésions du *foie* et de la *rate* qui nous ont surtout servi de contrôle. Le foie offrait le plus souvent des lésions d'hépatite parenchymateuse et interstitielle, parfois des lésions gommeuses, l'hématopoïèse s'y révélait très active, la réaction myéloïde était fréquente. La rate présentait fréquemment des lésions de sclérose hypertrophique pulpaire, des gommes miliaires, des lésions vasculaires spécifiques; dans un cas nous avons observé la dégénérescence amyloïde, les réactions myéloïde et macrophagique étaient fréquentes. Le tréponème abondait dans ces deux viscères.

En résumé nous avons observé dans les glandes examinées des lésions vasculaires gommeuses et scléreuses qui revêtent les caractères histologiques du processus syphilitique. Nous avons trouvé le tréponème dans la plupart de ces lésions, et, nous insistons sur ce point, nous avons remarqué, même dans les cas permettant d'envisager une septicémie tréponémique, une répartition uniforme des lésions tissulaires et une localisation *élective* du parasite, localisation systématique qui nous apporte une interprétation pathogénique particulière.

C

L'histogénèse de ces lésions est en effet, très instructive.

Au Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de Bruxelles (juillet 1926), Ravaut discutant les mémoires des rapporteurs sur les troubles endocriniens dus à l'hérédo-syphilis, considère ces troubles comme le jalon intermédiaire entre la syphilis d'une part, et certaines affections cutanées en rapport avec les phénomènes de sensibilisation d'autre part.

« Bon nombre d'affections cutanées (eczémas, prurigos, dermatites, etc.), dit-il relèverait de troubles humoraux (troubles de sensibilisation, colloïdoclasie). Dans ces affections on observe souvent des signes d'insuffisance glandulaire et des réactions pouvant faire penser à des troubles nerveux d'origine sympathique ou pneumogastrique ».

Ces troubles sympathiques sont comparables à ceux que Barré et P. Masson ont signalé dans les tumeurs du glomus neuro-myo-artériel déterminant des algies de caractère sympathique, et à ceux que Pautrier décrit dans la pseudo-sarcomatose de Kaposi (élévation de la température locale, douleurs).

Ce syndrome sympathique, basé sur des lésions anatomiques précises, mérite considération.

En effet, les glandes examinées par nous répondent au type endocrine. Elles sont constituées de cordons cellulaires séparés par des espaces où circulent soit des artérioles et veinules, soit des capillaires du type sinusoïdal ; le corps thyroïde lui-même subit très fréquemment la transformation dite endocrinienne et des trabécules y remplacent les vésicules. Les parois des sinusoïdes sont incomplètement closes par un revêtement endothélial discontinu, limitant imparfaitement le trajet sanguin et ménageant des interstices comparables aux stomates de la rate. Ce dispositif facilite la communication du milieu intérieur sanguin avec les tissus périsinusoïdaux, avec le parenchyme sécréteur de la glande qui déverse ses produits d'élaboration dans les vaisseaux ; c'est l'adaptation intensive du capillaire au fonctionnement de glandes douées d'un métabolisme très actif.

Autour des vaisseaux glandulaires et dans l'épaisseur de leurs parois s'observent des cellules spéciales dont la répartition varie suivant le calibre du vaisseau. Dans les capillaires à structure

sinusoïdale, on distingue en dehors de l'endothélium quelques cellules d'aspect épithélioïde, de forme irrégulière, pourvues d'un noyau ovale, engainées d'un mince liseré collagène. Ces éléments offrent un caractère neuroïde et leurs affinités tinctoriales sont favorables à cette interprétation.

Dans les vaisseaux plus hautement différenciés et pourvus d'une couche musculaire, on observe une lame collagène séparant l'endothélium d'une part, de cellules d'apparence neuroïde mêlées à des fibres musculaires lisses, d'autre part ; un réseau de fibres amyéliniques se distingue généralement à la périphérie de ces amas cellulaires.

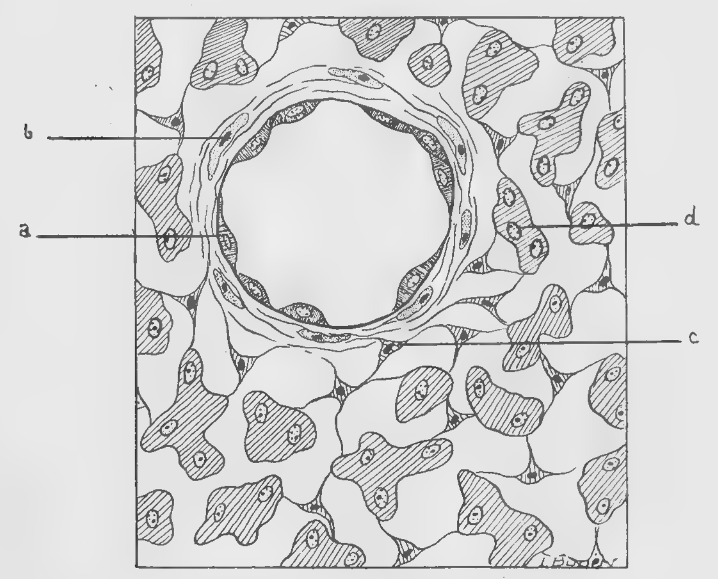


Fig. 4. — *Schéma des espaces périvasculaires et péritrabéculaires dans les glandes vasculaires sanguines.*

a. Cellule endothéliale du vaisseau.
b. Cellule neuroïde.
c. Cellule réticulaire du système réticulo-endothélial.
d. Trabécule cellulaire de la glande.

On peut remarquer en C l'anastomose des cellules réticulaires avec les cellules neuroïdes qu'elles relient aux trabécules cellulaires de la glande.

Ces images rappellent parfois les houppes artérielles terminales décrites dans la rate par Schweigger-Seidel, plus rarement la structure des vaisseaux du type glomique.

Les gros troncs vasculaires possèdent un appareil neuro-musculaire plus parfait encore qui semblent jouer un rôle régulateur dans la circulation de la glande.

Cet appareil neural affecte des rapports de contiguïté sinon de continuité avec les éléments du tissu réticulo-endothélial. Ce dernier système réticulé et ces cellules neuro-épithélioïdes comblent l'espace péritrabéculaire s'étendant de la trabécule glandulaire au vaisseau. On les observe très distinctement dans la surrénale, surtout dans la médullo-surrénale. Ils ont été décrits, tout au moins en partie, dans les autres glandes, sous le nom de cellules périvasculaires du testicule, de l'hypophyse, du corps thyroïde, de cellules réticulaires du thymus; le corps thyroïde qui, chez de nombreux hérédo-syphilitiques revêt le type endocrinien avec cordons trabéculaires et circulation sinusoïdale nous a montré très fidèlement ce dispositif anatomique.

Nous ne pouvons affirmer catégoriquement, malgré la précision des techniques, s'il y a anastomose ou contiguïté très intime entre les cellules neuroïdes et le réseau de fibres amyéliniques d'une part, entre ce dernier réseau et les éléments du tissu réticulo-endothélial de l'espace péritrabéculaire, d'autre part. Pareil fait ne semble pas invraisemblable puisque ce tissu est comparable par sa morphologie et ses affinités colorantes au tissu schwannien névroglique. Il n'y a pas lieu de préciser ici ni la nature nerveuse ou mésodermique de ce tissu, ni l'étendue de ses connexions avec les cellules neuroïdes, ni l'importance de ses fonctions. Mais le caractère neuroïde des cellules périvasculaires et des fibres réticulaires semble indiscutable lorsque l'on compare les préparations traitées par le trichrome à celles que donnent les méthodes neurologiques, et ce fait cadre bien avec la conception qui fait considérer le tissu schwannien et le tissu névroglique en général comme l'un des constituants du grand système réticulo-endothélial d'Aschoff (Le tissu réticulo-endothélial à l'état normal et pathologique, Hudelo et Cailliau, *Annales de Dermatol. et de Syphil.*, janvier et mars 1928).

Cette richesse des glandes endocrines en tissu nerveux ne doit pas nous surprendre; nous savons, en effet, que certaines de ces glandes, la médullo-surrénale en particulier, sont remarquablement riches en cellules nerveuses sympathiques et en ganglions nerveux.

Ainsi l'étude *anatomique* nous montre que, dans l'espace qui sépare les cordons glandulaires des capillaires sinusoïdes et des vaisseaux plus différenciés sont des cellules d'aspect neuro-épithélioïde qui sont anastosomées ou en rapport de contiguïté avec

un système réticulé offrant les caractères du syncytium schwannien, interposé entre les parenchymes sécréteurs et les vaisseaux, et en rapport lui-même avec les fibres nerveuses.

Peut-être pourrait-on, hypothétiquement, attribuer à ces cellules neuroïdes le rôle *physiologique* de transmettre l'incitation nerveuse aux fibres du sympathique et du pneumogastrique, et l'hormone élaborée par le parenchyme serait dirigée, par les voies de la circulation intracellulaire, de la glande vers le vaisseau ; conception qui restera pure hypothèse tant que la signification et les fonctions du tissu réticulo-endothélial ne seront pas mieux connues.

A l'état normal, les fibres réticulaires du réseau péritrabéculaire présentent les caractères morphologiques, chimiques et chromatiques des fibres embryonnaires, des fibres grillagées du foie et de la rate, et ne possèdent ni les réactions de l'élastine ni celles du collagène.

A *l'état pathologique* elles peuvent sécréter le collagène et l'élastine. Ainsi sont réalisées les périvasculites et les scléroses qui débutent autour des sinusoïdes et des vaisseaux. La sclérose syphilitique élastigène chez nos endocriniens vient en effet le plus souvent remanier la répartition topographique des éléments périvasculaires.

Les cellules réticulaires, à l'état pathologique, sont susceptibles de se libérer du réseau, et, ainsi mobilisées, elles revêtent l'aspect épithélioïde, répondent aux polyblastes de Maximow, peuvent s'adapter aux fonctions macrophagiques et interviennent dans l'élaboration du tissu de granulation, dans l'édification des gommes chez le syphilitique.

Ces fibres réticulaires et ces polyblastes offrent, comme nous l'avons dit, les connexions les plus étroites avec les cellules neuroïdes périvasculaires.

Or, nos recherches histologiques nous ont montré précisément que c'est au niveau du syncytium réticulé d'Aschoff, et au contact des cellules neuroïdes que s'observent les hémorragies, les vasculites, les infiltrats, les gommes, les scléroses, que ce tissu est le siège d'élection du processus syphilitique. C'est là qu'on trouve en abondance le tréponème, c'est la zone essentiellement vulnérable, soumise à l'influence directe du virus et des toxines.

On conçoit donc très bien que des troubles sympathiques puissent résulter de l'irritation ou de la lésion des éléments neuroï-

des périvasculaires comprimés ou lésés par les gommes, par le tissu de granulation, étranglés par la sclérose, par la périvasculite, en raison des connexions intimes que nous avons signalées entre ces éléments et le tissu d'élection du virus syphilitique. A l'instar des faits signalés par Masson à propos des tumeurs glomiques, ces lésions nous paraissent comparables à celles du faisceau de His qui forme un appareil musculo-nerveux soumis au pneumogastrique et au sympathique.

D'autre part, cette localisation systématique des lésions qui prédominent autour des vaisseaux et capillaires des glandes, au sein des éléments du tissu réticulo-endothélial, n'a rien d'invraisemblable puisque ce système peut être considéré à la fois comme le siège des processus généraux du métabolisme des tissus, et des réactions de défense dans les états pathologiques.

Nous pensons donc que « l'insuffisance glandulaire et les réactions pouvant faire envisager, comme dit Ravaut, des troubles nerveux d'origine sympathique ou pneumogastrique » peuvent s'expliquer par l'irritation ou la lésion des cellules neurales et des fibres réticulaires décrites entre le vaisseau et l'épithélium des glandes, fibres et cellules paraissant en état de contiguïté sinon de continuité avec le réseau des fibres nerveuses myéliniques ou amyéliniques de ces glandes.

La syphilis pourrait donc être considérée comme l'agent des lésions ou troubles nerveux entraînant à la fois une insuffisance endocrine et des réactions humorales et l'on conçoit que les éléments neuraux périvasculaires, les éléments schwanniens ou assimilés aux tissus schwanniens soient, au même titre que les éléments du système nerveux général, un foyer d'élection du tréponème.

En outre, indépendamment de ces troubles vasculo-nerveux, d'autres causes semblent intervenir, dans ces lésions, pour provoquer l'insuffisance glandulaire. Si l'on admet l'existence d'une circulation intracellulaire, s'effectuant de cellule à cellule, dans le syncytium d'Aschoff, la lésion, siégeant sur les voies de passage de l'hormone qui se dirige de la cellule qui la sécrète vers le sinusoïde qui la reçoit, empêche cette sécrétion d'accéder au torrent circulatoire et lui fait obstacle, quelle que soit l'intégrité du parenchyme sécréteur. Aussi peut-on observer les cellules épithéliales glandulaires indemnes, à côté de lésions intenses du tissu interstitiel, dans les glandes endocrines de certains sujets hérédo-syphilitiques présentant des troubles endocriniens.

D

Nous sommes donc autorisés à dire :

1° Que chez les sujets offrant cliniquement et sérologiquement les caractères de l'hérédo-syphilis et présentant un syndrome endocrinien, les glandes endocrines incriminées présentent les lésions histologiques fondamentales du processus syphilitique et que le tréponème peut être décelé le plus souvent dans ces lésions.

2° Que ces lésions débutent dans le système réticulé réparti entre les trabécules glandulaires, intéressant vraisemblablement les éléments neuroïdes périvasculaires, et ce dernier fait cadre bien avec le caractère systématique de l'infection tréponémique et avec la prédilection particulière de ce parasite pour les tissus neuro-ectodermiques.

Etant donné la constance et l'intensité des lésions histo-parasitologiques relevées dans les glandes endocrines observées chez des hérédo-syphilitiques examinés systématiquement, il est permis de penser qu'il doit en être ainsi, dans presque toutes les syphilis héréditaires, et peut-être même dans les syphilis acquises. Et l'on est peut-être autorisé, dans ces conditions, à se demander si ces lésions endocriniennes ne jouent pas un rôle prépondérant dans la production des dystrophies constituant le type clinique de l'hérédo-syphilitique.

Dans le même ordre d'idées, reprenant l'hypothèse émise par l'un de nous au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes (Paris, juin 1922) sur le rôle joué par les lésions des surrénales dans les troubles pigmentaires si fréquents constatés dans la syphilis acquise, nous ne serions pas éloignés de croire, qu'en présence des lésions si importantes et si constantes des capsules surrénales chez les hérédo-syphilitiques, les mêmes lésions existeraient dans les syphilis acquises et donneraient l'interprétation pathogénique des pigmentations primitives ou secondaires si fréquentes chez les syphilitiques. Ce n'est pas là évidemment l'addisonnisme complet et typique réclamé par les rapporteurs mais, en cherchant bien, on trouverait peut-être chez ces malades, outre les pigmentations, d'autres symptômes cliniques rentrant dans le cadre de l'addisonnisme. Dans plusieurs cas, d'ailleurs, l'un de nous a pu relever chez des syphilitiques en pleine période

secondaire des signes révélateurs de cet addisonnisme tels que la chute de la tension, l'asthénie, etc. Chez l'un de ces malades une pigmentation généralisée était précisément associée à l'asthénie et à l'hypotension et ces trois symptômes ne furent améliorés qu'après l'adjonction d'un traitement opothérapique surrénalien au traitement antisyphilitique.

Nous considérons ce travail comme un premier jalon d'une étude plus complète que nous poursuivrons sans avoir, d'ailleurs la prétention de présenter ici des notions définitives sur cette question complexe.

ENCORE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA MALADIE DE ROBERT LEE (CREEPING DISEASE)

A PROPOS DE LA PUBLICATION DE M. CAZENAVE

Par Théodore PHOTINOS

Le Creeping Disease, cette dermatose aussi rare que curieuse nous a déjà fourni le sujet d'une précédente monographie (1).

C'est à la suite d'un cas remarquable que nous avons eu l'occasion d'observer en Grèce, dans l'hôpital André Syggros, que s'éveilla en nous le désir d'entreprendre l'étude de cette maladie.

Bien que la dermatose en question soit désignée par beaucoup de termes synonymes, cette riche nomenclature (21 synonymes) ne fait aucunement mention du nom de Robert Lee, l'observateur, qui l'a décrite le premier dès 1874. Suivant l'usage habituel dans la désignation de nombre d'autres maladies, nous l'avons appelée *Maladie de Robert Lee*.

Ce n'était pas d'ailleurs la première fois que cette dermatose s'offrait à notre examen : un autre cas observé antérieurement par le professeur G. Photinos nous permit de donner sans hésitation le diagnostic.

Dans le cas de G. Photinos (2), il s'agissait d'une malade de 22 ans sur le genou gauche de laquelle se forma une petite tuméfaction inflammatoire qui se fistulisa à la suite de son ouverture au bistouri. Autour de cette lésion apparut la lésion linéaire ; celle-ci s'étendit sur la jambe dont elle occupa la face antéro-externe, puis remonta aussi sur une petite portion de la face externe de la cuisse (fig. 1). L'avancement des extrémités actives

(1) Théodore Photinos. *La dermatite linéaire rampante (Creeping Disease Larva Migrans, Myase rampante cutanée, etc.) ou Maladie de Robert Lee.* Paris 1927. Editions Médicales.

(2) Pour les détails se rapporter à notre monographie, pp. 60-70.

des lignes était de 5-10 centimètres par 24 heures. L'examen histologique fit constater l'existence d'une galerie située entre la couche cornée et la couche de Malpighi, ainsi qu'une autre galerie s'étendant au milieu même de la couche malpighienne. Mais le parasite malgré toutes les recherches resta introuvable.

Notre observation (1) se rapporte à une veuve âgée de 35 ans, atteinte depuis longtemps d'une péritonite tuberculeuse. A la



Fig. 1.

suite de cette infection bacillaire se forma une fistule ouverte juste à l'ombilic, communiquant avec une anse intestinale. Autour de l'orifice de cette fistule ombilicale, on pouvait remarquer une plaque très rouge, un peu saillante, de la grosseur d'une pièce de cinq francs, humide, épaissie et très infiltrée par suite de l'irritation

(1) Voir l'observation *in extenso* dans notre monographie, pp. 72-95 et 148-149.

provoquée par les liquides qui s'écoulaient de l'ombilic. C'est à cet endroit que l'éruption linéaire prit naissance et on voyait la plaque rouge encadrée par des lignes rouges extrêmement fines qui entre



Fig. 2. — *Creeping Disease* de la face antérieure du corps.
a, b : extrémités actives des lignes aboutissant à une tache érythémateuse.

mêlées constituaient un labyrinthe d'une densité inimaginable. Cette éruption s'étendait sur toute la surface de l'abdomen. Dans ce labyrinthe il était impossible de distinguer les extrémités des

lignes. Au fur et à mesure qu'elles s'étendaient excentriquement vers les côtés, le pubis et la face antérieure du thorax, les lignes devenaient plus claires et plus distinctes. Larges de 2-3 millimètres légèrement en relief de couleur rouge vif, rougeâtre ou grisâtre, elles montaient sur l'épigastre pour s'élever après de nombreux détours jusqu'au thorax. Certaines allaient vers le sternum

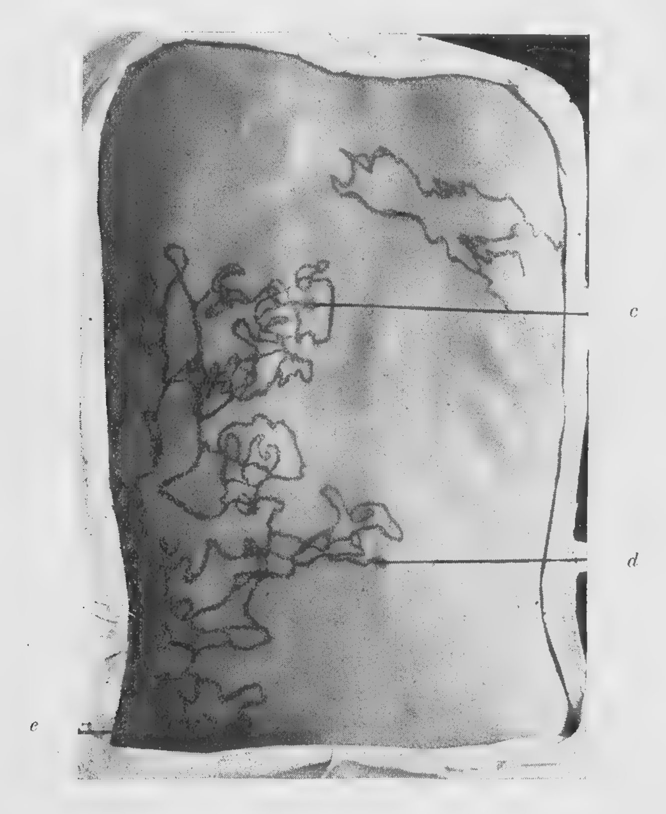


Fig. 3. — Même malade dos.
c, *d*, *e* : extrémités actives aboutissant à une pustulette entourée d'une auréole érythémateuse.

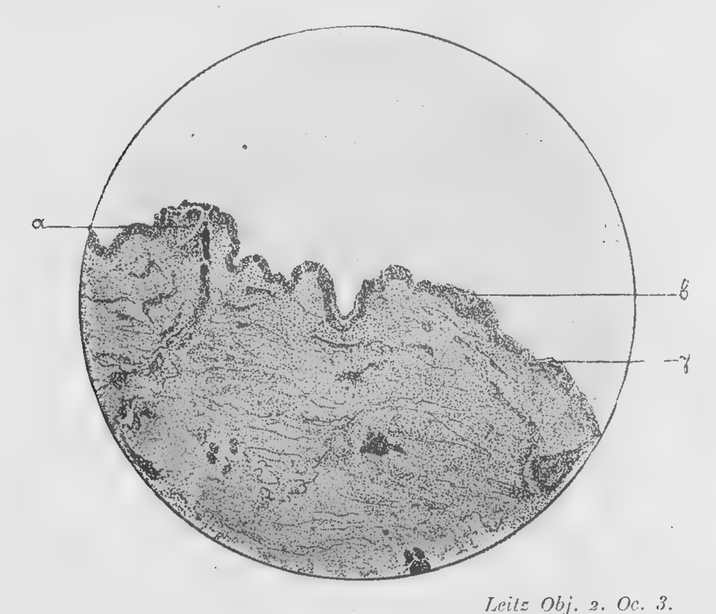
ou sous le sein gauche pour se croiser, se recroiser et aboutir enfin à une pustulette ou à une tache érythémateuse (fig. 2, *a* et *b*).

Une autre émergeait de la région hépatique et passait au-dessous de l'aisselle droite, pour progresser les jours suivants vers le dos, sur l'omoplate droite.

Un groupe de quatre lignes, ayant son origine sur le côté gau-

che de l'abdomen, tournait vers le dos où en s'entrelaçant et en se contournant, elles composaient un pélerinage très complexe occupant la moitié gauche du dos, de l'omoplate jusqu'à la région lombaire.

La progression des lignes variait en général de 1 à 5 centimètres par 24 heures. Toutefois l'activité du parasite de la ligne qui occupait l'omoplate droite se montra bien plus grande : nous avons noté un avancement de 12 à 15 centimètres par 24 heures. Les figures ci-contre (fig. 2 et 3) correspondant aux



Leitz Obj. 2. Oc. 3.

Fig. 4. — Coupe transversale d'une galerie montrant à un faible grossissement trois cavités de forme triangulaire (α), circulaire (β), et elliptique (γ).

moulages obtenus de cette malade, montrent bien toutes ces lésions.

Un fait clinique est à remarquer dans ce cas : c'est la constatation sur l'abdomen outre les lignes érythémateuses. de lignes nettement vésiculeuses, chose peu fréquente ; à la ponction on vit sourdre un liquide clair.

Toutes nos recherches tant macroscopiques que microscopiques pour la découverte de l'agent causal restèrent vaines. Les lésions histologiques les plus importantes s'accumulaient autour

de la galerie creusée par le parasite. Dans une coupe transversale, on voyait des cavités de forme circulaire, triangulaire ou elliptique (fig. 4). Certaines de ces cavités étaient situées entre la couche cornée et la couche de Malpighi (fig. 5) qui se présentait amincie avec augmentation du pigment et aplatissement des cellules superficielles Il y avait des cavités délimitées par la seule couche cornée (fig. 6 et 7). La lumière de la galerie contenait

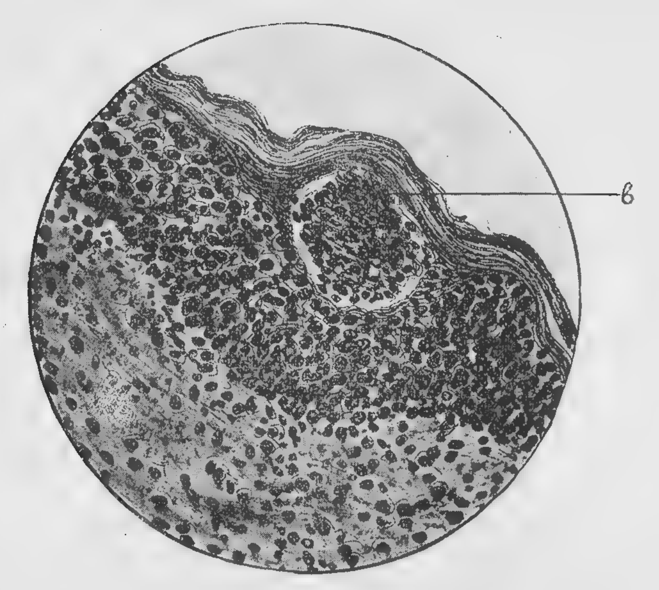


Fig. 5. — Cavité triangulaire vue à un fort grossissement. Elle se trouve située auprès d'un follicule pileux entre les couches cornée et malpighienne. (α) contenu de la cavité consistant en globules de pus, et en débris cellulaires. Infiltrats des cellules rondes dans le derme et le long du follicule pileux.

divers éléments et débris cellulaires. Quant au derme, il présentait des infiltrats cellulaires.

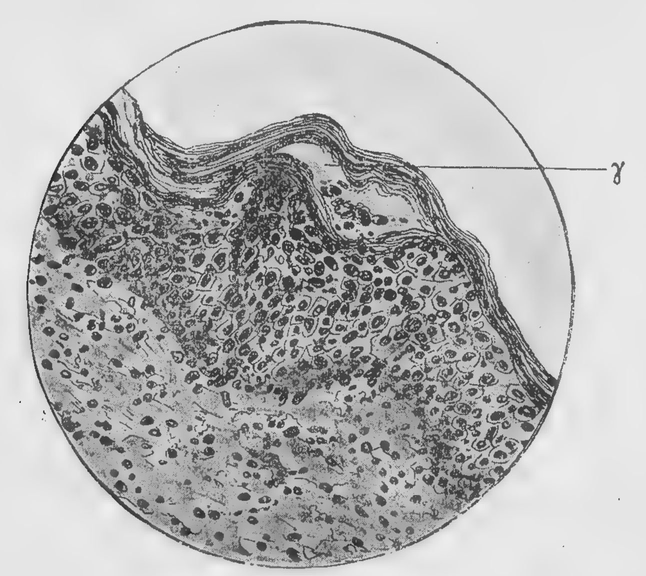
Au point de vue thérapeutique, dans le but de laisser la maladie se poursuivre le plus longtemps possible, nous n'appliquâmes rien. Et cependant l'affection guérit spontanément, après une durée totale de 40 jours.

Le début de la dermatose autour de la fistule ombilicale et son évolution nous ont portés à penser à une contamination parasitaire de la malade par voie digestive. Etant donné que des larves



Leitz Obj. 7. Oc. 3.

Fig. 6. — Cavité circulaire (fortement grossie) superficielle délimitée par la seule couche cornée. (β) globules de pus dont quelques-uns présentent une rupture nucléaire. La couche papillaire est infiltrée de quelques cellules parsemées.



Leitz Obj. 7. Oc. 3.

Fig. 7. — Cavité elliptique (grossie) délimitée également par des cellules cornéennes. Elle renferme quelques cellules de pus présentant une segmentation des noyaux. La couche de Malpighi est infiltrée de cellules migratrices qui s'étendent dans le derme papillaire.

de gastrophile (qui sont très probablement ici la cause, en raison de l'aspect nettement clinique de l'éruption) ont été signalées par Portchiskhy, Schoch, etc., dans l'estomac de l'homme, il est bien probable que de tels parasites ont été introduits dans l'estomac de notre malade par voie buccale, puis dans l'intestin d'où ils passèrent par la fistule ombilicale à la surface de la peau peut-être à la faveur des liquides qui s'en écoulaient, et y provoquèrent la dermatose.

Le cas de M. G. Photinos et le nôtre que nous rapportons en détail dans notre thèse sont les seuls observés en Grèce jusqu'à ce jour.

Notre étude s'étendait à toute la bibliographie parue sur ce sujet jusqu'en janvier 1926. Depuis cette date, quelques autres cas ont été publiés, et spécialement en France. M. E. Cazenave (1) présentait un nouveau cas au moment même où notre monographie était sous presse. Nous ne pouvions mieux faire alors que de mentionner dans une note à la toute dernière page, cette contribution nouvelle à une question qui n'a pas cessé d'être pour nous particulièrement intéressante.

C'est donc en raison de cette nouvelle observation que nous nous proposons, dans le présent travail, de reprendre encore une fois l'étude de la Creeping Disease.

Mais avant d'examiner les remarques de M. Cazenave (faites évidemment avant la publication de notre première monographie), nous tenons à rappeler brièvement les faits intéressants qui ont été connus depuis que nous avons laissé cette question.

En reprenant l'étiologie de cette dermatose, nous pouvons voir que jusqu'en 1920, on n'avait encore trouvé que des larves de gastrophile (*G. equi*, *G. hæmorrhoïdalis*, *G. pecorum*, *G. nasalis*). A cette époque, M. Darier constata dans un cas la présence d'une larve d'*hypoderma bovis*; et peu après, en 1921, deux observateurs japonais, Tamura et Ikegami, découvrirent deux autres parasites, le premier le *Gnathostoma siamense*, le second l'*Echinorhynchus sphærocephalus*.

Ces faits, et aussi l'étude d'autres observations, nous ont amené à admettre comme causes de la Creeping Disease :

(1) E. Cazenave. Creeping disease. *Annales de Dermat. et de syphil.*, 1927, n° 3, p. 164.

A. — Les larves de quelques œstridés :

1° du genre *gastrophilus*,
2° du genre *hypoderma*.
a) *hypoderma bovis*,
b) *hypoderma lineatum*.

B. — Le Gnathostoma siamense

C. — L'Eschinorhynchus sphærocephalus

Mais en admettant ces agents pathogènes, nous faisions toutes réserves quant à la découverte future d'autres parasites comme causes possibles de cette dermatose.

Du point de vue clinique, nous acceptons deux formes, dans le cadre de l'étiologie :

I. — *La forme typique*, causée par des larves de gastrophile. Ici, la ligne éruptive, filiforme, bien nette, érythémateuse, parfois vésiculeuse, ne présente pas habituellement de phénomènes inflammatoires ; elle provoque des symptômes subjectifs plus ou moins légers, rarement violents, à cause des petites dimensions des parasites.

II. — *La forme atypique*, dans laquelle nous comprenons les cas où l'éruption s'accompagne de phénomènes plus intenses ; la ligne pouvant être plus large, plus grosse, plus en relief, plus inflammatoire, et, par conséquent, moins filiforme que dans les cas précédents. Le prurit est même capable d'occasionner de la douleur et de produire l'insomnie du malade (Topsent, Darier). Les cas de cette catégorie sont causés par des larves d'hypoderma, par le *Gnathostoma siamense* et par l'*Echinorhynchus sphærocephalus*.

Le cas de Morishita — dont nous avions mentionné un seul à la fin de notre monographie — sont dus au *Gnathostoma hispidum* et par suite peuvent être rangés dans la forme atypique. Ce même observateur rencontra plus tard en Chine deux autres cas (1) dus également au *Gnathostoma hispidum*.

Nous voyons ainsi le cadre de l'étiologie de la Creeping Disease s'élargir par l'addition d'un autre parasite, sinon entièrement

(1) Morishita. K. O. R. and Faust E. Two new cases of Human, Creep ing Disease (gnathostomiasis) in China. *J. Parasitologie*. 1925, 9, pp. 159-162.

nouveau comme genre (*Gnathostoma*) du moins nouveau comme espèce.

Parmi les cas nouveaux publiés depuis, à côté de quelques-uns rencontrés en Europe, il y en a un grand nombre observés en Floride par Kirby-Smith, Dove et White (1).

De ces derniers cas, M. Cazenave fait une maladie tout à fait différente, à laquelle le nom de Creeping Disease ne doit pas être appliqué. Nous y reviendrons après l'examen des cas européens.

Le cas de Cazenave n'offre rien de particulier. Bien qu'on n'en ait pas trouvé le parasite, le tableau clinique le fait rentrer dans la forme typique de la Maladie de Robert Lee. La



Fig. 8.

guérison semble avoir été obtenue par l'effet du xylol appliqué en compresses, plutôt que par les cautérisations faites autour de l'endroit suspect.

Le cas de Selisky (2) est également typique, et la découverte

(1) J. Kirby-Smith, W. Dove and G. White. Creeping Eruption. *Arch. f. dermat. a. Syph.*, vol. XIII, n° 2, pp. 137-173, 17 fig.

(2) A.-B. Silisky. Zur Histologie der Creeping Disease. *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1926, Bd. CLII, p. 123, 1 fig.

de l'agent causal le confirme. C'est le cas d'un cocher de fiacre sur la joue gauche duquel l'éruption linéaire apparut. L'excision d'un fragment de peau de 6 × 3 centimètres comprenant l'extrémité active de la ligne (dont on nota un avancement de 8 cm. en 24 heures) amena la guérison. Dans les coupes pratiquées, on trouva la larve de gastrophile située immédiatement sous la couche cornée, repoussant presque toutes les rangées de cellules épithéliales. La figure (fig. 8) nous montre une coupe perpendiculaire de la partie postérieure du corps du parasite.

La profession du malade plaide en faveur du mode de contamination supposé par l'observateur : étant donné le contact du malade avec les poils de son cheval, il est probable que les larves furent transportées par les mains sur la figure où elles déterminèrent l'affection.

Melczer (1) rapporte deux cas observés à Budapest, dans le service du professeur Nékam, cas cliniquement identiques et bien typiques, dont l'un offre un intérêt particulier par suite de la découverte du parasite.

La première observation a rapport à une fillette de 2 ans 1/2 chez laquelle la lésion commença au coccyx. Par des contours capricieux, la ligne éruptive gagna le dos, et changeant alors de direction, elle descendit par le côté droit à la cuisse d'où elle avança à gauche sur la région abdominale pour aboutir près de la région fessière. A la suite d'une excision d'un fragment de peau de la grosseur d'une pièce de 10 centimes en nickel, comprenant l'extrémité active, la progression de la ligne s'arrêta. On n'a pas trouvé le parasite dans les coupes.

On fut plus heureux dans le second cas, concernant un employé âgé de 28 ans. La lésion se développa sur la face dorsale externe de l'annulaire droit, par une ligne hyperhémique qui gagna bientôt la racine de l'ongle, provoquant une vive douleur. Une première biopsie comprenant le quart médian de l'ongle ayant échoué, on procéda à une seconde; celle-ci amena la cessation des phénomènes. Dans les coupes on trouva le parasite dont on put établir l'identité en reconstruisant les coupes faites en série : c'était une larve de gastrophile (fig. 9) au premier stade de son

(1) N. Melczer. Beitrage zur Histologie und Pathogenese der Creeping Disease. *Dermat. Wochenschr.*, 1926, Bd LXXXIII, n° 12, pp. 385-395, 6 fig.

évolution, et même très vraisemblablement celle du *Gastrophilus hæmorrhoïdalis*. Le plus grand diamètre de la galerie, dont le plafond était constitué par des cellules granuleuses et le plancher par la couche germinative, mesurait de 0 mm. 19 à 0 mm. 28. Dans la couche papillaire des parties récentes de la galerie, on voyait des infiltrats des cellules rondes. Ces infiltrats s'étendaient parfois le long des follicules pileux et autour des vaisseaux.

Le cas de Djakoff Woronossh (1) (Russie) n'offre rien de particulier ; il n'y est même pas question de parasite. Il s'agit d'un cas typique avec localisation sur la figure, guéri spontanément après 16 jours.

Otto Konrad Scholl (2), à propos d'un voyage au Brésil parle

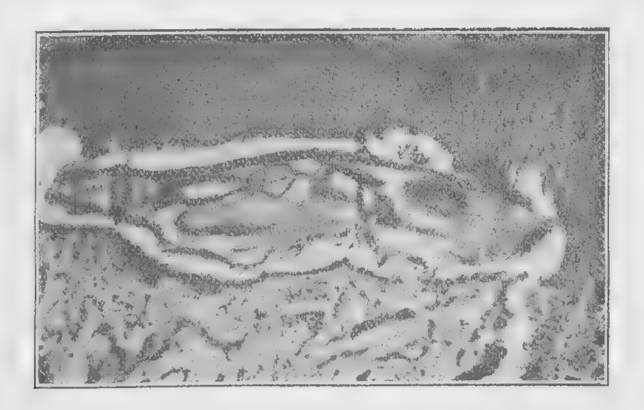


Fig. 9.

(mais sans rapporter aucun cas) du traitement de cette affection par la réfrigération, au chlorure d'éthyle, de l'endroit suspect. Il tient pour plus certain l'effet de la neige carbonique, à condition d'exercer une pression pour agir plus profondément. Ce procédé de réfrigération était déjà connu par Auerhann qui, en 1914, l'employa, d'ailleurs sans succès.

Il semble que la Creeping Disease se rencontre au Brésil ; c'est du moins ce qui ressort des renseignements qui nous ont

(1) Djakoff-Woronossh. Ein Fall von Creeping Disease. *Russki west Dermatologie*, 1925, Bd. III, n° 8 : Réf. *Dermat. Wochenschr.*, 1926, Bd. LXXXIII, n° 9, p. 304.

(2) Otto Konrad Scholl. Zur Behandlung der Creeping Disease. *Dermat. Wochenschr.*, 1926, Bd. LXXXII, n° 14, p. 467.

été fournis par des médecins brésiliens résidant en ce moment à Paris. Notre ami M. Gonzaga nous a affirmé qu'il connaît, par la presse médicale brésilienne, 12 cas qu'il considère comme typiques, mais dans lesquels on n'a pu jusqu'à présent découvrir aucun parasite.

Du fait que la maladie s'observe surtout sur les plages, peut-être faudrait-il nous attendre encore à un nouveau parasite ? Malheureusement, malgré l'obligeance de M. Gonzaga, il ne nous a pas été possible, faute de temps, de nous procurer la description de ces cas.

Il nous reste à parler d'un autre cas typique relaté par Austmann (1). Ce cas observé à Manitoba (Canada) nous démontre, par la découverte dans la lésion d'une larve de gastrophile, la présence de cette espèce dans la contrée précitée.

Un autre point intéressant de cette observation est une nouvelle méthode préconisée par l'auteur pour s'emparer du parasite.

La ligne filiforme située sur l'avant-bras droit du patient progressait de 1 cm. 5 par jour. C'est à une distance de 13 millimètres de l'extrémité active de la ligne que le parasite était logé. Austmann employa la méthode dont Lombard avait fait usage pour d'autres parasites. Elle consiste à rendre l'épiderme transparent au moyen de l'huile. Ainsi l'observation par les capillarités du derme intact pourrait servir à localiser la larve et faciliter ainsi son extraction. Il applique pour cela de l'huile claire de machine autour de l'extrémité de la ligne.

Ce procédé de Lombard, consistant en l'éclaircissement de l'épiderme par l'huile, peut avoir son application dans d'autres dermatoses parasitaires, la gale par exemple ; il constitue pour Austmann une méthode de valeur. La larve de gastrophile ainsi saisie mesurait 0,804 × 0,115 millimètre.

*
* *

M. Cazenave, dans son mémoire, cherche à établir une classification des cas publiés sous le nom de Creeping Disease. Il en distingue trois groupes :

1° *La forme européenne et africaine*, correspondant à la des-

(1) Kristjan Austmann. Creeping Eruption. *Journ of Amer. med. assoc.*, vol. LXXXVII, n° 15, 9 oct., p. 1196.

cription de Lee, causée par une larve de mouche, peut-être de gastrophile;

2° *Le type observé au Japon*, causé par « un nématode rougeâtre de 1 centimètre de long » (1);

3° *Le type américain* observé surtout en Floride, et qui est occasionné par un petit ver de 1/2 millimètre de long.

Et il en conclut que le nom de Creeping Disease doit être réservé seulement au premier de ces trois types.

Dans le même ordre d'idées, à propos du cas de Lenglet et Delaunay, M. Cazenave écrit : « Celui de Lenglet et Delaunay (*Ann. de Derm.*, 1904, p. 107) ressemble surtout à de la pyodermite serpigineuse linéaire de W. Dubreuilh. »

De même il n'accepte pas le cas de Topsent (1901) dû à un hypoderme, alors qu'au contraire il admet le cas de M. Darier, causé lui aussi par une larve d'hypoderma (*H. bovis*). Il le range même dans le premier type.

Nous aurions à faire à ce propos les remarques suivantes :

Si l'on regarde la figure du cas de Lenglet et Delaunay, citée dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1904, p. 108), et si on la compare à celle qui se trouve dans le *Traité de Dermatologie pratique* de M. Brocq (1907, t. I, p. 442, fig. 62), que constate-t-on ? que la photographie est semblable dans les deux cas : on y voit exactement la même ligne se croiser et se recroiser; la seule différence est que dans l'ouvrage de M. Brocq la figure est en sens inverse de l'autre. Cette même figure est reproduite dans son *Précis-Atlas de pratique dermatologique* (1921, pl. XI, fig. 42).

Quoi qu'en dise M. Cazenave ce cas est tout de même pour nous un cas incontestable de Creeping Disease bien typique, et non pas une pyodermite serpigineuse linéaire.

D'ailleurs le cas de Lenglet et Delaunay, que M. Cazenave ne veut pas accepter comme une Creeping Disease est, nous venons de le voir, un des cas observés par M. Brocq. Nier ce cas, ce serait mettre en doute le diagnostic de M. Brocq. Mais n'oublions pas que M. Brocq est, en France, l'observateur qui a vu le plus de cas; comment pourrait-on dans ces conditions récuser son diagnostic ?

(1) Nous croyons qu'il veut dire « de 1 millimètre de long », et non pas de 1 centimètre.

Ne rejetons donc pas, tout d'abord, de notre choix les cas typiques.

Pour ce qui est du cas de Topsent, M. Cazenave se contredit lui-même : il prétend que le cas de Topsent (1901) dû à un hypoderma, est étiqueté à tort comme Creeping Disease alors que, d'autre part, il accepte celui de M. Darier, dû également à une larve d'hypoderma.

S'il en est ainsi, l'une des deux affirmations est erronée : il faut ou bien exclure les deux cas, ou les admettre tous deux comme Creeping Disease.

Les symptômes tant objectifs que subjectifs étant ici plus intenses, alors que l'agent pathogène reste le même, nous sommes amenés à les ranger tous deux, ainsi que le second cas de Topsent (1908) dans la forme atypique de la maladie en question.

Si on refusait de les accepter comme tels, nous demanderions à M. Cazenave dans quel groupe il faudrait les ranger.

Il n'est certainement pas question ici d'une myase sous-cutanée, car la ligne rouge surélevée, plus inflammatoire que d'ordinaire dans le cas de Topsent, était de 64 centimètres de long, dans le cas de M. Darier, de 12 centimètres. D'autre part, la migration du parasite s'est faite dans la peau même et non dans le tissu sous-cutané.

Pour les mêmes raisons, nous avons rangé les cas de Tamura et de Ikegami dans la forme atypique, où nous rangeons aussi, maintenant, pour les mêmes motifs, les cas de Morishita.

Si ces cas japonais rentrent dans la même forme que ceux de Topsent et de Darier, nous n'en pouvons dire autant pour tous les autres cas japonais. Le parasite trouvé par Dohi n'est point identique à celui de Tamura, comme le prétend M. Cazenave. De l'aveu même de l'auteur, il se rapproche plutôt d'une larve de gastrophile, mais il ne s'agit nullement d'un *Gnathostoma*.

L'aspect clinique et les autres symptômes accessoires nous ont amenés à les ranger — tant dans le cas de Dohi que les autres cas japonais où le parasite ne fut pas décelé — dans la forme typique de la Creeping Disease.

Ainsi, le type observé au Japon dont M. Cazenave a voulu faire un type particulier, se réduit à deux cas qui rentrent dans la forme atypique de la dermatite linéaire rampante.

Il nous reste à parler des cas observés en Floride par les auteurs américains Kirby-Smith, Dove et White.

Ces observateurs rencontrèrent pendant la seule période de l'été 1924, 300 cas, chiffre vraiment impressionnant pour une maladie que l'on qualifie de rare !

Mais avant de tirer une conclusion, analysons les faits.



Fig. 10.

Dans les figures que ces auteurs nous présentent, nous voyons d'une part (et c'est le cas le plus fréquent) des lésions linéaires isolées (fig. 10); et, d'autre part, des lésions multiples (fig. 11) sur le même sujet.

Nous savons déjà, sans doute, que le nombre de lignes dépend simplement du nombre des parasites qui ont pénétré dans la peau. C'est ainsi que dans notre cas personnel, le croisement et le pélerinage combinés des parasites constituaient une éruption linéaire inimaginable.

L'origine parasitaire de ces cas de Floride à lésions multiples est bien démontrée par la découverte de parasites dans ces éruptions linéaires.

Cliniquement — si l'on en juge, du moins, par la description et les figures données — ces cas offrent des lésions composées de lignes rouges, en relief, assez grosses, inflammatoires, accompagnées de symptômes subjectifs bien accusés. La démangeaison



Fig. 11.

chez certains sujets, au dire des auteurs, était insupportable et les obligeait à se gratter fortement, d'où des lésions de grattage provoquant des infections secondaires (fig. 12).

Mais tous ces phénomènes inflammatoires à infections secondaires, ne sont pas habituels dans la forme typique ; que représentent-ils ? Ils constituent précisément la symptomatologie de

la forme atypique de la Creeping Disease, dans laquelle il faut par conséquent les ranger.

La répartition des parasites et l'étude de la pathogénie nous offrent en outre des documents qui nous permettent d'expliquer la multitude des cas observés.

L'ouverture des galeries n'a pas fait découvrir de parasites ; c'est seulement dans les coupes qu'on les a trouvés. On avait fait plus de 200 biopsies, sur lesquelles 48 ont été sectionnées en série. Le total des coupes effectuées dépassait 40.000. Le parasite fut trouvé dans cinq excisions, faites sur quatre malades différents. Les auteurs ne purent identifier ces cinq larves trouvées

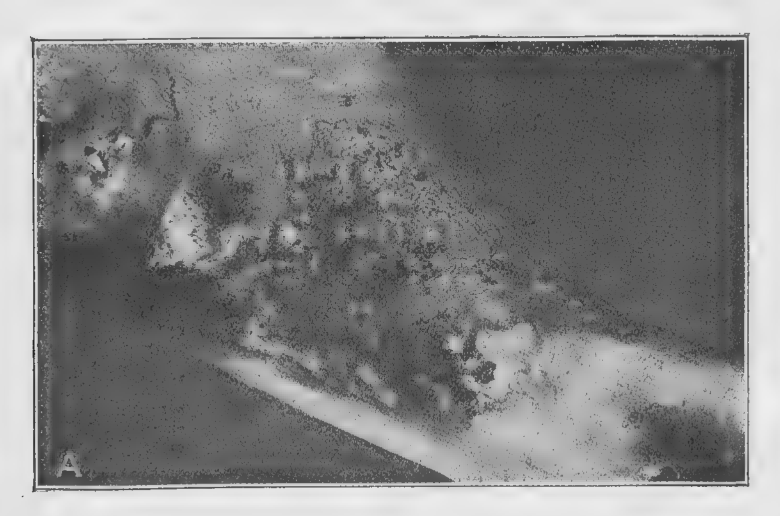


Fig. 12.

(fig. 13) à aucun parasite connu. Aucune corrélation géographique ne leur permettait de les attribuer à des larves de gastrophile : pas une mouche de gastrophile ne fut signalée à Jacksonville.

Le parasite trouvé était une larve de nématode mesurant 600 μ environ de longueur et 20 μ de large.

L'œsophage mesurait les 2/7 de la longueur de la larve. Ils le dénommèrent donc, faute de mieux, et en attendant sa forme adulte, *Agamonematodum migrans* (fig. 14). *Agamonematodum* est un terme générique pour un groupe collectif de nématodes qui ne sont pas encore à maturité.

La galerie qui contenait la larve était située, en général, entre

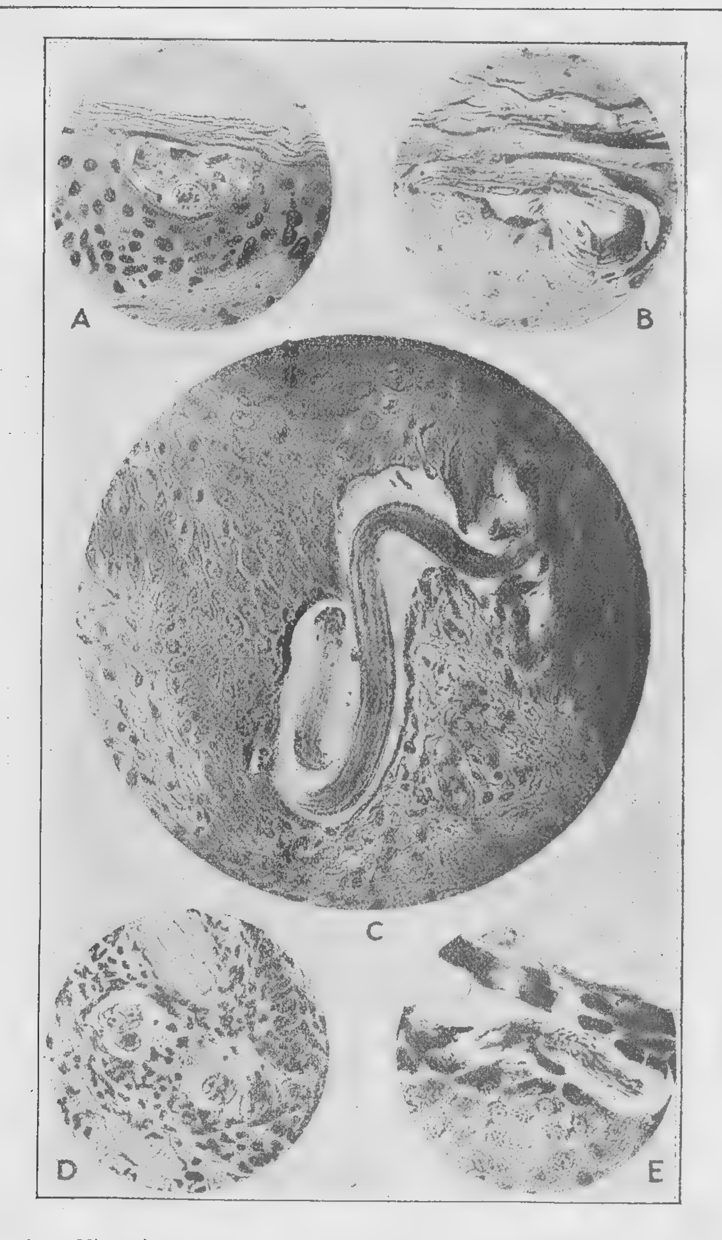


Fig. 13. — Microphotographies montrant des coupes de cinq larves trouvées d'*Agamonematodum migrans*.

A. Coupe transversale de la larve ; B. Egalement, la larve est partiellement enroulée dans la galerie et logée dans la couche muqueuse ; C. La larve aussi en partie enroulée dans la galerie se trouve près de l'orifice d'une glande sudoripare ; D. Le parasite est enroulé dans l'enveloppe extérieure d'un follicule pileux d'environ un demi-millimètre de la surface de la peau ; E. Cette larve se trouve dans la couche granuleuse de l'épiderme.

la couche granuleuse, comme plafond, et la couche de Malpighi comme plancher. Une seule galerie était dans l'enveloppe extérieure d'un follicule pileux.

Il est à noter, d'autre part, que les patients s'infectaient très facilement. Sans aucune suggestion de la part des observateurs, les malades attribuaient d'eux-mêmes l'affection au sable humide et ils disaient l'attraper surtout lorsqu'ils étaient en sueur. Les enfants étaient plus susceptibles et s'infectaient en marchant nu-pieds sur le sol sableux et humide, ou sur l'herbe mouillée. Il est fort probable que l'humidité favorise la pénétration du parasite. Les cas où l'affection était le plus étendue ont été constatés chez des personnes étant en pleine transpiration, par suite de leur travail sur le sol sablonneux humide. C'est sur les plages que furent constatés la moitié des cas.

On pourrait même se demander si les grains de sable ne produisent pas de petites écorchures servant, pour ainsi dire, de

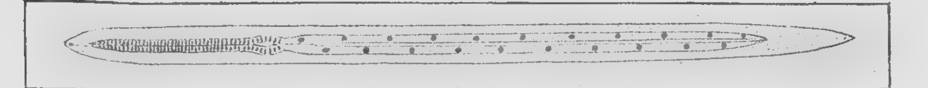


Fig. 14. — Croquis schématique de l'*Agamonematodum migrans* reconstruit d'après les coupes faites en série.

portes d'entrée, ou si la larve n'a pas des tendances thermotaxiques qui la poussent à pénétrer dans la peau.

Les observateurs remarquèrent encore la susceptibilité plus grande de la race blanche. Des 300 cas, 3 seulement se rapportaient à des nègres, bien que nègres et blancs eûssent travaillé ensemble dans les mêmes conditions.

Un fait curieux qu'ils révèlent sur la pathogénie de la dermatose, c'est que, d'après les témoignages recueillis, les rats pourraient bien être les hôtes normaux du parasite adulte, et contribueraient ainsi à la diffusion de la maladie. Cela résulte du fait que beaucoup de cas ont été contractés par des personnes qui, pour une cause ou pour une autre, s'étaient trouvées en contact avec les eaux des fossés, près des égoûts. On a noté entre autres le fait suivant :

A Jacksonville, des rats chassés de la campagne par un incendie se sont réfugiés dans un quartier de la ville, à proximité des habitations, où l'on constata peu après de nombreux cas.

Il y aurait peut-être lieu d'envisager aussi le rôle de la volaille, des chats, des chiens ou autres animaux, et enfin celui des insectes; mais là, les preuves manquent complètement. Il semble toutefois qu'ici a eu lieu, peut-on dire, une sorte d'endémie de Creeping Disease.

Il résulte de cet exposé que nous nous trouvons en présence des cas qui n'offrent que des traits communs avec la Creeping Disease, et plus spécialement avec la forme atypique de cette dermatose.

Si l'on veut invoquer la multiplicité des lésions, comme le fait remarquer M. Cazenave, où les infections secondaires, pour éliminer d'un seul coup tous ces cas du cadre de la maladie de Robert Lee, cas occasionnés par un parasite tout-à-fait inconnu jusqu'alors, il faut bien nous attendre à voir d'autres cas, ainsi que le nôtre, subir ce même sort.

Est-ce qu'on ne voit pas des surinfections analogues dans d'autres maladies parasitaires ? Dans la gale, par exemple, les infections secondaires ne sont point rares ; toute une série d'autres lésions accessoires peuvent la faire assimiler à une autre dermatose. La démangeaison donne lieu à des lésions de grattage qui amènent secondairement des éruptions vésiculeuses, des bulles, d'impétigo, d'ecthyma, des poussées de lymphangites et toutes sortes de lésions capables de donner à l'affection une allure tout à fait différente. Et malgré tout cela, nous ne pouvons pas écarter l'existence de l'affection primitive, la gale.

Un nouveau parasite manifeste sa présence, ses conditions biologiques ainsi que sa forme adulte nous restent totalement inconnues; rien ne doit nous paraître fantastique, surtout lorsqu'on se trouve devant des faits qu'on doit bien analyser, et principalement en matière médicale, où les choses les plus bizarres et les plus grandes surprises peuvent se rencontrer d'un moment à l'autre.

Enfin, un événement du plus haut intérêt, à notre sens, et qu'il faut signaler, c'est l'observation de Fülleborn (1).

Cet observateur rapporte tout récemment un cas de Creeping Disease provoquée expérimentalement. L'expérience eut lieu sur son propre bras.

(1) F. Fülleborn. Experimentell erzeugte Creeping Eruption. *Dermat. Wochenschr.*, Bd. LXXXIII, n° 40, p. 1474, 1 fig

Après une infection intracutanée par des larves de l'*Uncinaria stenocephala*, ver à crochets du chien que l'on rencontre également chez l'homme, il se forma à l'endroit de l'infection, dans l'espace de quelques jours, une ligne longue, étroite, un peu saillante, qui progressa les jours suivants (fig. 15).

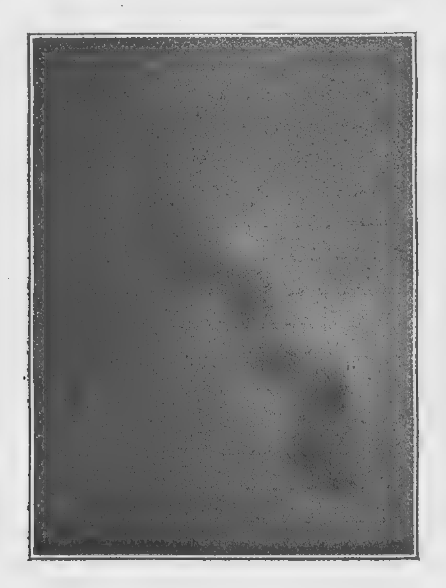


Fig. 15.

Cette Creeping Disease expérimentale se rapproche, par sa forme, des cas observés en Floride ; Fülleborn lui-même le remarque. Cette confirmation vient bien à propos pour appuyer notre manière de voir.

DEUX CAS
DE TRICHOPHYTIE FAVIFORME GÉNÉRALISÉE

Par J. GOLAY.
Médecin-adjoint.
Travail de la Clinique Dermatologique de Genève (Prof. Du Bois)

Nous avons eu la chance de pouvoir suivre pendant plusieurs mois l'évolution de deux cas de trichophytie généralisée qui nous paraissent être assez intéressants par eux-mêmes pour mériter d'être publiés.

Au mois de juillet 1925, alors que nous séjournions à Morzine (Haute-Savoie), une brave paysanne de l'endroit vint nous prier un jour d'examiner deux de ses enfants qui étaient « couverts de dartres » et qui paraissaient avoir été contaminés par un veau. Tous les traitements qui avaient été appliqués jusqu'alors, aussi bien ceux prescrits par un médecin de Thonon qu'un grand nombre de remèdes de bonnes femmes, la thérapeutique externe comme les « dépuratifs », étaient restés sans résultat.

Nous posâmes immédiatement le diagnostic de trichophytie et prescrivîmes des badigeonnages de teinture d'iode à 5 o/o en applications régulières, ajoutant que, selon toute probabilité, la guérison serait rapidement obtenue. Nous insistâmes tout spécialement sur la désinfection des ongles et leur raclage méthodique, étant donné que le parasite avait envahi la plupart des extrémités digitales. Il n'y avait alors aucune localisation visible de la dermatose sur le cuir chevelu.

Nour apprîmes par la suite que ce traitement n'avait pas guéri nos deux malades et qu'après plusieurs améliorations passagères, les lésions avaient toujours rechuté. C'est alors que nous avons conseillé l'hospitalisation à la Clinique Dermatologique de Genève, persuadé que si la dermatose n'avait pas disparu, c'est que les badigeonnages avaient été mal faits.

Ces deux enfants entrèrent à l'hôpital le 22 septembre 1926. Voici le résumé de leurs observations :

1° Jean P..., 13 ans et demi. Antécédents héréditaires et personnels, r. d. p., à part quelques troubles intestinaux avec diarrhée.

A la fin de l'été 1924, apparition sur le pourtour du nez de petits placards rouges, légèrement squameux, qui, petit à petit, se généralisent

au tronc et aux membres. Traité par différents remèdes internes et externes sans amélioration.

En juillet 1925, est vu par le docteur Golay, qui pose le diagnostic





de trichophytie (paraissant provenir d'un veau) et prescrit des badigeonnages à la teinture d'iode diluée. Cette thérapeutique améliore passagèrement la maladie sans la guérir.

Au printemps 1926, est atteint de rougeole grave avec complications pulmonaires; au cours de l'évolution de cette affection, les lésions cutanées auraient suppuré.

Entre dans le service de Dermatologie le 22 septembre 1926.

Status : Enfant de petite taille pour son âge, mais excellent état général. Le revêtement cutané est parsemé d'un assez grand nombre de placards de forme souvent irrégulière, quelques-uns nettement ronds ou polycycliques par confluence. Leur centre est lichénifié et squameux, leurs bords sont nets, congestifs, mais non papuleux; pas de pustule ni de vésicule macroscopiques. Sur deux de ces placards d'aspect trichophytique, on distingue deux et même trois zones érythémateuses concentriques.

Les lésions sont localisées : 1° à toute la face (voir photo); 2° Sur le tronc, face antérieure, trois placards d'assez grandes dimensions (voir photo); 3° Au-dessus et au-dessous du genou droit, deux placards ovalaires (diamètres maxima 9 et 7 1/2 centim.); 4° Sur le genou gauche, placard identique, mais un peu plus étendu; 5° Sur les deux fesses et à la partie postérieure des cuisses, grande lésion s'étendant de la ceinture aux deux creux poplités; 6° La dermatose a envahi le cuir chevelu, sur lequel on constate une grande quantité de zones squameuses nummulaires. Sur ces points, il existe un certain degré d'alopécie avec quelques cheveux cassés au niveau de l'orifice folliculaire; 7° Les ongles des mains, sauf l'annulaire droit, présentent les modifications caractéristiques des trichophyties onguéales.

Traitement : *a*) Cuir chevelu. Epilation totale par les rayons X le 23 septembre 1926, savonnages et teinture d'iode. Un mois plus tard, le cuir chevelu, absolument glabre, semble guéri. On arrête les badigeonnages. Rechute immédiate de lésions squamo-croûteuses à distribution circinée et polycyclique (voir photo). Reprise de la teinture d'iode. Au début du mois de décembre, repousse généralisée, guérison apparente.

b) Peau glabre. Badigeonnages réguliers à la teinture d'iode diluée, précédés en général de bains décapants ou d'applications de savon noir. Amélioration passagère. Essais de traitements par teinture d'iode-acétone, xylol, acide chrysophanique, coaltar, etc., le tout sans résultat définitif.

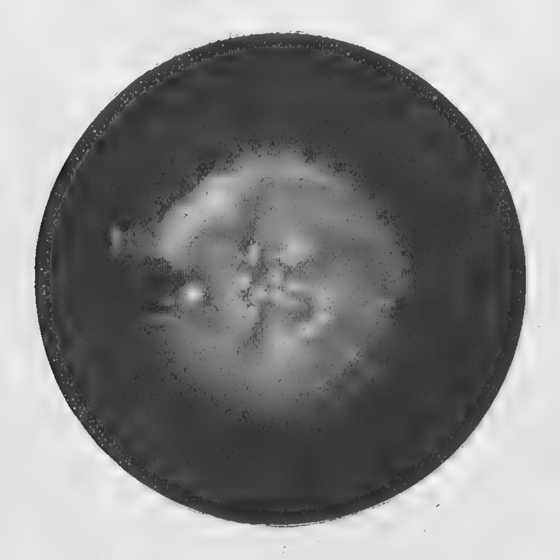
c) Ongles. Teinture d'iode, raclage méthodique. Pas de résultat complet.

Quitte le service le 24 décembre 1926, mais continue son traitement en Policlinique. En mars 1927, rechute de la teigne sur le cuir chevelu. Nouvelle épilation. Retourne à Morzine en mai, non guéri.

Le malade est revenu nous voir en septembre 1927, de retour d'un pèlerinage à Lisieux. Etat stationnaire depuis le printemps, persistance de quelques lésions du corps, trichophytie des ongles non modifiée, cuir chevelu guéri.

2° Pierre P..., 7 ans, frère du premier. Antécédents personnels, r. d. p. Début des lésions cutanées, septembre 1924. Entre dans le service de Dermatologie le 22 septembre 1926.

Status : Bon état général. Présente sur le visage, les jambes et les fesses une grande quantité de placards érythémato-squameux, de dimensions variables, assez fortement infiltrées. En général irréguliers de contour, ils sont limités par un bord nettement papuleux, sur lequel on ne distingue ni vésicule ni pustule. Ces placards, d'aspect trichophytique, sont surtout nombreux à la face où l'on en compte 11. Sur la jambe droite, du genou au cou de pied, se trouvent quatre lésions semblables de 4 à 5 centimètres de diamètre. Sur le genou droit, large placard ovalaire de 9 centimètres de diamètre maximum. Sur les fesses, deux grandes lésions symétriques confluant au niveau du périnée. Rien sur le tronc ni sur les membres supérieurs. Onychoses trichophy-



tiques de deux doigts de la main droite et d'un doigt de la main gauche. Rien au cuir chevelu.

Les meilleurs résultats thérapeutiques sont obtenus par la teinture d'iode diluée.

Quitte le service nettement amélioré le 11 octobre 1926. Continue son traitement en Policlinique jusqu'à fin décembre. Depuis lors, peut presque être considéré comme guéri ; il persiste cependant sur les deux genoux de petites lésions érythémato-squameuses infiltrées qui récidivent facilement. Trichophytie des ongles inchangée.

Cet état se maintient jusqu'en septembre 1927. A partir de ce moment, nous n'avons plus eu de nouvelles de notre malade.

Recherches de laboratoire

21 septembre 1926. Examen des cheveux (obs. 1) : grosses spores rondes engaînant la racine du cheveu et ne semblant pas le pénétrer.

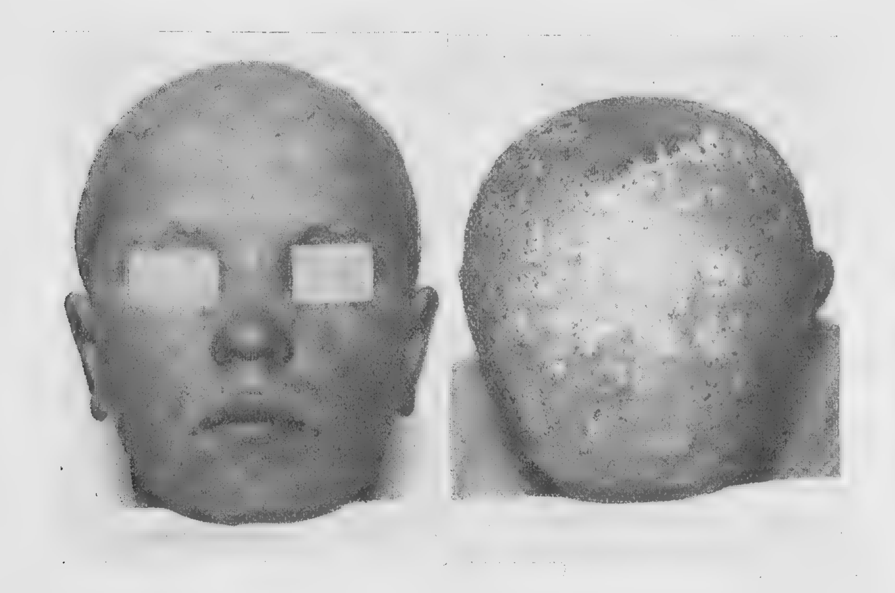
Filaments mycéliens intrapilaires, étroits, à septa peu visibles et rares.

Ensemencement sur milieu maltosé de Sabouraud : deux mois après, les milieux sont absolument stériles.

5 octobre : ensemencement de squames d'un placard de la jambe sur grandes boîtes de Pétri et tubes (milieu maltosé). Quelques jours après, cultures de *penicillium*.

15 octobre : nouvelles cultures de squames en boîtes de Pétri et tubes (obs. I et II), milieux maltosé et glucosé. Huit jours après, cultures de quelques colonies de staphylocoques, de *mesentericus* et de *penicillium*.

19 octobre : à l'examen au microscope d'une squame du cuir chevelu (obs. I), on trouve un grand nombre de filaments mycéliens entrecroisés en tous sens dont la plupart possèdent des ramifications laté-



rales. Ces filaments sont très irréguliers de grosseur, tous septés à intervalles réguliers et rapprochés, présentant l'aspect d'une série de spores plus ou moins carrées (voir microphoto).

4 novembre : inoculation sur le dos d'un cobaye, après avoir provoqué une bulle par brûlure, de squames contenant des spores et des filaments (obs. I).

10 novembre : cicatrisation des lésions de brûlure, pas trace d'infection. Epilation partielle du même animal et inoculation après scarification.

18 novembre : ensemencements de squames de différentes parties du corps sur milieux variés : maltosé, glucosé, gélosé ordinaire, milieu de Lœffler, milieu gélosé albumineux, pommes de terre, carottes, bouillon de bœuf peptonisé, liquide d'ascite.

20 novembre : sur presque tous les milieux, cultures pures de différents pénicilliums. Quelques rares colonies de staphylocoques gris, quelques colonies de *mesentericus*.

30 vovembre : les lésions de scarification du cobaye sont complètement cicatrisées. Pas trace d'infection.



Devant cette série de résultats négatifs, nous nous sommes décidé à faire parvenir au docteur Sabouraud un certain nombre de squames en le priant de bien vouloir nous donner son avis. Quelques mois plus tard, soit en avril 1927, il nous communiquait très aimablement par l'entremise du professeur Du Bois le

résultat des recherches faites dans son laboratoire, recherches couronnées de succès puisque la culture du parasite avait pu être obtenue. De l'identification faite par le docteur Sabouraud lui-même, il résulte qu'il s'agit dans ce cas d'un trichophyton faviforme. On sait que dans son bel ouvrage sur les teignes, M. Sabouraud distingue trois variétés différentes de ce trichophyton, le *Tr. album*, le *Tr. discoides* et le *Tr. ochraceum*. A vrai dire, la culture des squames de notre malade, dont nous publions la photographie 4 mois après repiquage sur milieu maltosé, ne correspond exactement à aucune de ces trois formes. Notre éminent confrère de Paris la rattache cependant à la variété *discoides* quoiqu'elle s'en distingue par son aspect un peu plus tourmenté et par sa couleur plus claire. Les caractères du parasite autour du cheveu et dans le cheveu sont par contre plus nettement superposables à ce que l'on connaît de l'image fournie par le *Trichochyton discoides*.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre ici sur la morphologie et l'aspect des cultures des trichophytons faviformes, le lecteur que la question intéresse trouvera tous renseignements utiles dans le livre du docteur Sabouraud sur les teignes (1). Il nous paraît cependant utile de faire remarquer que ces trichophyties se voient très rarement chez l'homme, au moins dans nos régions. M. Sabouraud n'en a observé dans sa longue carrière que 9 cas, dont 2 seulement appartiennent à la variété *discoides*. De ces deux malades, l'un était atteint de trichophytie suppurée de la barbe, l'autre de trichophytie de la peau glabre rappelant cliniquement l'eczéma séborrhéique. Notre observation serait donc la première où l'on aurait assisté à l'envahissement du cuir chevelu.

Il est également intéressant d'ajouter que les lésions cutanées de nos deux malades étaient assez dissemblables d'aspect, chez le plus jeune infiltration nette et bordure franchement papuleuse, chez l'aîné placards érythémato-squameux à peine saillants. Ces trichophytons sont très difficiles à cultiver malgré leur abondante prolifération dans l'épiderme humain. La guérison de la dermatose ne semble pas pouvoir être obtenue rapidement comme c'est le cas pour la plupart des trichophyties.

(1) Paris, Masson, 1910, p. 396 et suiv.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1928.

Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie (Paris).

Traitement du lupus érythémateux par les sels d'or, par S. Nicolau et I. Schmitzer. *Revue française de dermatologie et vénéréologie,* 4e année, no 1, janvier 1928.

Les auteurs ont utilisé le krysolgan (amino-auromercaptobenzol carbonate de soude) en suivant la progression suivante en milligrammes 0,1 ; 0,5 ; 1 ; 5 ; 10 ; 25 ; 50 ; 100 milligrammes. Au total 0 gr. 19 par injections espacées de 10 jours. Dans ces conditions pas d'accidents, alors que des doses plus fortes et une progression moins régulière déterminent souvent une albuminurie transitoire. Sur 66 malades 34 guérisons, 5 échecs. Sur 23 malades suivis assez longtemps, 13 guérisons se maintiennent depuis 2 et 3 ans, 10 récidives.

Les cas les plus favorables sont les formes purement érythémateuses et les formes fixes à réaction épithéliale modérée. A. Bocage.

Gommes et abcès froids staphylococciques, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et vénéréologie,* 4e année, no 1, janvier 1928, pp. 19-25.

Observation curieuse d'un syphilitique qui depuis 1912 à la suite d'un anthrax avec septicémie staphylococcique, fait de temps à autre des abcès dans les régions les plus variées, tantôt sous-cutanés, tantôt intramusculaires. Ils s'accompagnent d'une fièvre modérée à 38o-38o5 et se résorbent souvent sans s'ouvrir à la peau. L'iodure, le mercure semblent les favoriser. Le seul germe trouvé fut un staphylocoque.

A. Bocage.

Aménorrhée, asthénie, amaigrissement, diarrhée syphilitiques secondaires, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et vénéréologie,* 4e année, no 2, février 1928, pp. 108-111.

Observation intéressante d'une femme de 25 ans profondément atteinte dans tous ses organes par l'infection syphilitique. L'aménorrhée fut le premier symptôme, dura cinq mois et cessa 23 jours après le début du traitement; l'amaigrissement dépassa 10 kilogramms. A. Bocage.

Influence de la syphilis sur les albuminuries de la gestation, par P. Vernier. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, no 2, février 1928, pp. 98-100.

La syphilis héréditaire de première, deuxième ou même troisième génération présente pour l'appareil rénal une affinité particulière ; la grossesse peut déclancher des accidents graves chez des femmes, filles de syphilitiques, et ayant eu antérieurement de l'albuminurie légère.

Le traitement utilisera de préférence les arsenicaux à doses prudentes, en s'assurant que l'albuminurie n'augmente pas pendant plus de trois jours après chaque injection. A. Bocage.

Néphrite syphilitique préroséolique, par Lenormand. *Revue française de dermatologie et vénéréologie*, 4e année, no 2, février 1928, pp. 105-107.

Observation d'un cas d'œdème d'origine rénale constaté par le malade, une semaine avant la roséole, huit jours après le début de son chancre.

L'auteur rappelle les observations antérieures de syphilis rénale précoce et fait remarquer qu'il s'agissait d'albuminurie simple.

A. Bocage.

L'Antigénothérapie du chancre mou, par E. Rivalier. *Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie*, 4e année no 2, février 1928, pp. 70-85.

L'auteur rappelle que la chancrelle n'est pas une maladie immunisante, mais qu'elle détermine un état allergique particulier, avec sensibilisation de l'organisme vis-à-vis des albumines du bacille de Ducrey.

Il a utilisé comme antigène un extrait aqueux de bacilles broyés, « streptobacilline », injecté dans les muscles.

Chez des malades fortement sensibilisés (chancrelle avec bubon) l'antigénothérapie détermine au prix de vives réactions générales, la rétrocession rapide des lésions (chancres et bubons), souvent sans autre thérapeutique adjuvante. Très rapidement les injections d'antigène amènent l'accoutumance par désensibilisation.

Chez les sujets non sensibilisés l'injection d'antigène n'a aucun effet ni local, ni général, ni focal : l'évolution des lésions n'est pas modifiée.

Chez les sujets moyennement sensibilisés on peut obtenir un résultat thérapeutique à condition d'employer dès le début une dose d'antigène assez forte pour déclancher une réaction générale, car les succès sont proportionnels à l'intensité des réactions obtenues ; les chancres anciens cèdent mieux que les récents.

L'antigénothérapie ne se distingue des autres méthodes pyrétogènes qu'en ce qu'elle utilise la sensibilisation spécifique du malade pour déclancher le choc.

L'auteur préfère l'antigénothérapie parce qu'elle est moins brutale que la protéinothérapie par voie veineuse. Elle ne sera employée que si l'intradermoréaction a montré une sensibilisation accusée du malade ; le traitement sera intensif et de courte durée. L'auteur en précise quelques points techniques. A. Bocage.

L'activation de la syphilis par le traitement antisyphilitique, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie*, 4e année, no 2, février 1928, pp. 86-97.

Dans cet article illustré de plusieurs observations l'auteur montre les dangers des traitements insuffisants, spécialement au point de vue des accidents nerveux, hépatiques et de la réactivation de la réaction de Wassermann.

Il insiste sur la nécessité d'employer des médicaments variés, mais successivement afin de pouvoir mieux analyser l'effet de chacun d'eux.

A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Recherches sur la pathogénie et le traitement de la crise gastrique tabétique, par G. Marinesco, Oscar Sager et H. Façon. *Presse Médicale*, 36e année, n° 10, 4 février 1928, pp. 150 et 151, 2 graphiques.

Les auteurs ont étudié le système nerveux végétatif pendant la crise gastrique tabétique, par la méthode de Czepaï. Chez 8 malades alors que, en dehors de la crise, la formule végétative indiquait un état de sympathicotonie ou hyperexcitabilité, ils ont toujours constaté une formule de vagotonie pendant la crise tabétique. Une cause quelconque peut produire chez un tabétique une perturbation de l'équilibre acido-basique, en déterminant un état d'alcalose-vagotonie. Partant de ces constatations ils ont obtenu des résultats remarquables dans le traitement des crises tabétiques par injection intra-rachidienne de 1 cm^3 5, d'une solution à 25 o/o de sulfate de magnésie. L'injection est bien supportée, rarement on a besoin de la renouveler au bout de quelques jours. Cette méthode leur semble le traitement d'élection de la crise gastrique. H. Rabeau.

Curiethérapie des lésions tuberculeuses de la peau et des adénopathies bacillaires, par P. Degrais et A. Bellot. *Presse Médicale*, 36e année, n° 13, février 1928, pp. 199-201, 3 fig.

Les auteurs n'ont pas l'intention de faire de la curiethérapie une méthode spécifique vis-à-vis de ces lésions. Ils montrent la place que la méthode doit garder, et qu'elle est capable, judicieusement appliquée, de résultats très intéressants. Il faut faire choix de techniques particulières, proportionnées à l'épaisseur des lésions à atteindre. Pour des formes bourgeonnantes on emploiera le rayonnement nu, pour des formes infiltrées, avec ou sans ulcération, des rayons filtrés; les lupus des muqueuses sont particulièrement sensibles à l'action du radium. Pour les gommes on introduira des aiguilles à l'intérieur de la lésion. Cette méthode donne des résultats esthétiques très satisfaisants, elle est indolore. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Sur un type particulier de mélanodermie (mélanose de Riehl, poïkilodermie réticulaire), par J. Mornet. *Bulletin médical*, 42e année, n° 5, 1er février 1928, p. 121.

Depuis les observations de Petges et Clépat Jacobi (1908) les travaux sur le syndrome érythémato-pigmentaire à distribution aréolaire, siégeant plus volontiers à la face et au cou, se sont multipliés. Si les lésions histologiques plusieurs fois vérifiées sont précises et superposables, par contre on ne peut se baser actuellement sur une étiologie ou une pathogénie précise. M. dans cette courte revue montre les faits acquis et les pathogénies proposées. Le terme de mélanose de Riehl lui paraît devoir être rejeté, le rôle essentiel de cet auteur, dit-il, a été d'en fournir une pathogénie inexacte. H. Rabeau.

Méningite syphilitique, par le Prof. Achard. *Bulletin médical*, 42e année, n° 6, 11 février 1928, p. 151.

Dans cette leçon clinique, A. fait en un raccourci magistral toute l'étude de la méningite syphilitique et de son traitement. Il s'attache à montrer toute l'importance pratique des réactions méningées; quelque opinion qu'on ait sur leur origine, elles commandent l'action. Traitement d'assaut d'abord, d'entretien ensuite, contrôlés par des examens en série du liquide céphalo-rachidien.

H. Rabeau.

Essai sur les progrès de la thérapeutique dermatologique, par Cl. Simon. *Bulletin médical*, 42e année, n° 8, 22 février 1928, p. 208.

S. a voulu dresser le bilan des progrès de la thérapeutique en dermatologie Si les traitements externes pharmacologiques ont peu changé, au contraire le traitement par les agents physiques, les médications internes, la chimiothérapie ont nettement progressé. Le traitement des dermatoses microbiennes est, dit-il, maintenant mieux conduit que naguère. H. Rabeau.

La question des abus des traitements anti-syphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires, par C Simon. *Bulletin médical*, 42e année, n° 8, 22 février 1928, p. 210.

Nous avons analysé ici les pièces du débat qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux. S. montre sur quel point porte le désaccord, fréquence de l'origine syphilitique des affections cardio-vasculaires, opportunité d'appliquer le traitement spécifique à celles dûment syphilitiques, conduite à tenir à l'égard d'une affection cardio vasculaire à étiologie incertaine, choix et doses du médicament à employer. On ne saurait formuler de règle précise. C'est affaire de jugement pour chaque cas. « L'arsenal antisyphilitique est maintenant bien approvisionné, mais ses actes sont redoutables si on n'en connaît pas bien le maniement ». Les Américains n'ont peut-être pas tort, dit-il, de confier à des syphiligraphes tous les malades qui ont besoin d'un traitement spécifique. H. Rabeau.

Le traitement actuel de l'urétrite chronique, par R. Tarnaud. *Bulletin médical*, 42e année, n° 8, 22 février 1928, p. 217.

Bizard et Maisler ont proposé une nouvelle méthode du traitement de l'urétrite chronique (Société de Médecine de Paris, 11 novembre 1927, analysé dans ces *Annales*). Les auteurs ont eu dans 200 cas des résultats très encourageants. T. a utilisé leur méthode avec succès, et estime qu'elle constitue un moyen d'arriver à pénétrer jusqu'aux plus profonds repaires microbiens. H. Rabeau.

Gazette des hôpitaux (Paris).

La sympathectomie périartérielle, par O. Uffreduzzi. *Gazette des hôpitaux*, 101e année, n° 15, 22 février 1928, pp. 265-268.

De cette étude physiopathologique et clinique retenons quelques indications de cette thérapeutique : les ulcères variqueux, le mal per-

forant plantaire, la maladie de Raynaud ne comportent souvent que des résultats transitoires. Aucun succès dans les ulcères rœntgéniens.

A. BOCAGE.

Le Journal Médical français (Paris).

Les manifestations cutanées de la lymphogranulomatose infectieuse (syndrome de Hodgkin), par A. LOUSTE et LÉVY-FRANKEL. *Journal médical français*, t. XVII, n° 1, janvier 1928, pp. 19 à 22.

Les travaux de l'école de Toulouse firent connaître les principales manifestations cutanées dans les affections hématopoïétiques. Rieux, Favre (de Lyon) et ses élèves Colrat, Lacronique contribuèrent à éclaircir ce sujet complexe et décrivirent sous le nom d'adénie éosinophilique prurigène, une forme clinique de la lymphogranulomatose infectieuse maligne. La fréquence de ces manifestations cutanées est variable suivant les auteurs; pour Cole dans 40 o/o des cas, pour Rollestin dans seulement 25 o/o. Ces manifestations sont essentiellement polymorphes, et le polymorphisme, cette succession ou cette coexistence de manifestations cutanées est tout à fait spéciale. Prurit ou prurigo, ce prurit particulièrement tenace et souvent seul symptôme, exanthème, érythrodermie, infiltrations diffuses, tumeurs de dimensions variables, toutes ces manifestations souvent légères au début doivent par leur ténacité, leur acuité, leur récidive, entraîner à pratiquer la recherche des adénopathies, de la rate, à faire l'examen hématologique, à pratiquer une biopsie qui permettra de faire le diagnostic de cette affection grave.

Les auteurs dans cette courte revue montrent la difficulté du diagnostic clinique et histologique. H. RABEAU.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Action préventive de l'or dans la syphilis expérimentale, par C. LEVADITI. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XCIX, 92e année, n° 6, février 1928, pp. 180-182.

A la dose de 0 gr. 05 par kilogramme en solution huileuse par voie musculaire la crisalbine a une action curative manifeste chez le lapin. La même dose n'est pas préventive 8 jours après son injection, ce qui contraste avec les délais de plus de 100 jours de protection donnés par le tellure ou le bismuth. A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

A propos de la communication de M. Heuyer, par M. PINARD. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 44e année, n° 2, 27 janvier 1928, p. 73.

P. s'élève contre les thérapeutiques timorées, et leur attribue une recrudescence de la syphilis. De petits traitements peuvent simplement « réactiver » la maladie. Il faut employer des doses suffisantes.

Ehrlich avait fixé 1 centgr. 1/2 par kilogramme pour les arsénobenzènes du type 914. Il estime qu'il faut s'y tenir. La plupart des faits d'arséno-résistance ne dépendent que d'une dose insuffisante.

H. Rabeau.

Pouls lent permanent et néphrite aiguë chez un hérédo-syphilitique. Amélioration par le traitement spécifique, par A. Mougeot, S. Schulmann et A. Lemaire. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 44e année, no 3, 3 février 1928, p. 131.

Observation d'un malade de 28 ans manifestement hérédo-syphilitique atteint d'un pouls lent permanent par dissociation ; à l'occasion d'une angine qui semble avoir été banale, néphrite aiguë vraisemblablement spécifique, traitement arsenical, guérison de la néphrite, amélioration du pouls.

H. Rabeau.

Un cas d'hérédo-syphilis osseuse pagétiforme et un cas de maladie de Paget localisée à un seul os, par Henri Benard, Fatou et Milhiet. *Bulletins et mémoires de la Société des hôpitaux de Paris*, 3e série, 44e année, no 5, 16 février 1928, pp. 218-226.

Malade de 57 ans, hérédo-syphilitique à Wassermann positif, présentant des localisations osseuses, rappelant par leur morphologie, leur élection sur les deux tibias, la clavicule et le crâne, l'aspect de l'ostéite déformante de Paget. Le malade présente en outre une cataracte congénitale zonulaire bilatérale, de la surdité gauche, une hémiatrophie faciale gauche consécutive à une paralysie guérie. Les auteurs se demandent si l'hérédo-syphilis ne peut créer des lésions osseuses de ce type, par une action dystrophique générale, ou par l'évolution disséminée sur les os atteints de processus gommeux.

L'autre malade est une femme de 52 ans présentant une maladie osseuse de Paget du tibia droit. L'affection remonte à 12 ans. La malade est suspecte de syphilis, le Wassermann est négatif. Elle a un fils qui à l'âge de 15 ans a présenté des troubles psychiques graves nécessitant l'internement (Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien positifs). Evolution progressive des lésions malgré un traitement spécifique, qui cependant influence favorablement les phénomènes douloureux.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Ulcération de la verge à spirille de Vincent, par Wurmser et Grimberg. *Bulletins et mémoires de la Société de Médecine de Paris*, no 3, 10 février 1928, p. 82.

Deux jours après un coït apparition sur la face dorsale du sillon balano-préputial de trois petites érosions superficielles très arrondies à bord net, à fond granuleux ; un enduit sanieux fétide recouvre ces ulcérations. Petits ganglions durs non douloureux. A l'ultra, spirochètes de Vincent. Traitement local par solution glycérinée de bleu de méthylène à 1/10, guérison en 48 heures.

H. Rabeau.

Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier.

Sensibilisation aux rayons ultra-violets des favus antérieurement traités par la radiothérapie, par Margarot et Gondard. *Arch. de la Soc. des Sciences méd. de Montpellier,* février 1928.

Les rayons ultra-violets sont sans effet thérapeutique appréciable sur un cuir chevelu favique vierge de tout traitement radiothérapique ; mais si ce cuir chevelu a été soumis à l'épilation par les rayons X, la destruction des godets est assez rapidement obtenue après quelques applications de rayons ultra-violets filtrés.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une sensibilisation particulière puisque ces godets détruits par la lumière de Wood n'avaient pas été eux-mêmes exposés aux rayons X. P. Vigne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Contributions à l'étude des érythrodermies exfoliatives généralisées. Erythrodermie leucémique (Beitrage zurKenntnis der exfoliativen generalisierten Erythrodermien. Erythrodermia leucæmica), par S. K. Rosenthal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Bd 154, 1er sept. 1928, p. 1.

Début d'une érythrodermie chez une femme de 50 ans par une rougeur de la peau des mains et des pieds. L'affection se généralise au bout de 3 ans et est accompagnée d'une desquamation, de lésions onguéales, de chute de cheveux et suivie d'une atrophie cutanée. Les lésions cutanées ressemblent cliniquement au *pityriasis rubra* pilaire. Les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume, mais sont, dans la troisième année de la maladie, encore peu volumineux.

Le volume de la rate est augmenté, mais cette augmentation peut être attribuée à une stase à la suite d'une myocardite. Le nombre des globules blancs ne dépasse jamais, pendant les trois premières années, quelques dizaines de mille avec prédominance de lymphocytes.

L'histologie montre un œdème et une infiltration du corps papillaire et de la couche sous-papillaire, infiltrat composé en grande partie de cellules lymphoïdes. On constate dans un ganglion une hyperplasie, mais elle se distingue nettement de celle typique pour la leucémie lymphatique. Un traitement arsenical est sans effet, la mort survient 6 ans après le début de la maladie.

L'auteur discute les relations entre l'érythrodermie leucémique et la leucémie et ne croit pas à leur identité. Il a l'impression que la leucémie s'ajoute à l'érythrodermie exfoliative généralisée. La formule sanguine correspond en général à celle de la leucémie, mais présente quelques particularités : la lymphocytose est moins grande, surtout au début de la maladie et le nombre absolu des neutrophiles, des éosinophiles et des monocytes est augmenté, tandis que les dernières formes disparaissent souvent dans la leucémie lymphatique. Les lésions généralisées de tous les tissus lymphatiques, comme on le

trouve dans la leucémie lymphatique, ne sont pas propres à l'érythrodermie leucémique. Il existe des observations de cas dans lesquels l'affection des ganglions est absente ou commence seulement après les lésions cutanées. Toutes ces différences donnent à l'érythrodermie leucémique une place à part. On doit considérer comme signe morphologique essentiel de l'érythrodermie leucémique, l'hyperplasie généralisée des cellules lymphocytaires dans les couches supérieures du derme.

Parmi les différentes hypothèses sur l'étiologie de cette maladie, ses relations avec la tuberculose méritent le plus grand intérêt et de nouvelles recherches. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du monilethrix (Zur Kenntnis der Monilethrix), par S. K. ROSENTHAL et E. SPREISEGEN, MINSK). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 17, 1 figure.

Deux cas de monilethrix chez 2 Juifs. Cette anomalie était combinée avec une kératose folliculaire de la nuque et une kératose pilaire très prononcée du corps. Un des malades appartenait à une famille dans laquelle 25 personnes dans 5 générations présentèrent cette anomalie, il présenta en outre une *cutis hyperelastica*. Dans la famille du second sujet il n'exista aucun autre cas de cette malformation ; le sujet, arriéré, présentait en plus une anomalie héréditaire des organes génitaux.

OLGA ELIASCHEFF.

Anomalie congénitale de la pigmentation pas encore décrite (Ueber eine bisher nicht beschriebene congenitale Pigmentanomalie (Incontinencia pigmenti), par MARION B. SULZBERGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 19, 3 figures.

Cas d'une anomalie congénitale de la pigmentation chez un enfant de 1 an 1/2. Il s'agit cliniquement de taches d'une teinte gris-brun, de forme bizarre, forme que l'on ne rencontre dans aucune autre dermatose, disséminées irrégulièrement sur le tronc et les extrémités inférieures.

L'examen histologique montra une grande quantité de chromatophores (réaction de Dopa négative) constitués en amas dans le derme et le corps papillaire à côté de peu ou d'absence totale de pigment dans l'épiderme.

L'involution de ces taches se produira très lentement pendant des années sans laisser de cicatrices. L'auteur émet l'hypothèse qu'il s'agit d'une modification congénitale pathologique des cellules basales productrices du pigment, des mélanoblastes, dans le sens, que les cellules versent anormalement rapide et complètement dans le derme la mélanine qu'elles produisent au lieu de l'expédier vers l'épiderme (incontinence du pigment). Les cellules conjonctives se chargent du pigment versé dans le derme et le gardent, presque sans le modifier, pendant des années comme des particules insolubles de tatouages.

OLGA ELIASCHEFF.

Appréciation comparative de l'hémogramme de Schilling dans les maladies internes et cutanées (Vergleichende Bewertung des Schillings-

chen Hämogrammes bei inneren und Hautkrankheiten), par N. Bobrov et F. Kogan. *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 33.

L'examen morphologique du sang d'après la méthode de Schilling trouve de plus en plus de partisans en Russie, ainsi qu'à l'étranger, mais il ne faut pas oublier que la formule sanguine n'a qu'une valeur relative. Néanmoins l'hémogramme de Schilling est d'après la bibliographie d'une grande valeur en médecine générale.

Les auteurs ont déterminé la formule sanguine dans des différentes maladies de la peau et ont classé ces maladies, la syphilis et le chancre mou y inclus, dans les groupes suivants :

1° Maladies dans lesquelles il n'existe pas de modification appréciable de l'hémogramme : psoriasis, eczéma séborrhéïque.

2° Au cours desquelles on constate une neutrophilie, une inversion à gauche et une leucocytose comme dans un processus inflammatoire aigu avec suppuration : érysipèle, quelques formes de pyodermite, chancre mou.

3° Maladies accompagnées d'éosinophilie : dans ce groupe rentre toute une série de maladies d'étiologie différente.

4° Présence de lympho-monocytes : lupus vulgaire, lupus érythémateux, en partie la lèpre.

5° Monocytose prononcée : au début de la syphilis.

6° Groupe dans lequel la formule sanguine est moins typique, mais permet néanmoins de conclure à une étiologie infectieuse de la maladie : érythème polymorphe, pityriasis rosé de Gibert, etc.

Les résultats obtenus par l'étude des hémogrammes, en médecine générale d'une part et dans les maladies vénériennes et cutanées d'autre part, permettent aux auteurs de faire les conclusions suivantes : l'hémogramme de Schilling a sans aucun doute une signification symptomatique dans quelques maladies infectieuses aiguës et une valeur pour le diagnostic différentiel et le pronostic. Dans les maladies internes non infectieuses sa valeur est moins grande, mais peut donner dans quelques maladies des indications précieuses pour le diagnostic. L'hémogramme est encore peu étudié dans les maladies cutanées et vénériennes et ne permet que des conclusions provisoires. On ne peut pas poser un diagnostic d'après l'hémogramme, mais ce dernier est un complément précieux à l'examen clinique.

La présence constante de l'éosinophilie dans le pemphigus et la maladie de Dubring, son apparition précoce dès les premiers signes cliniques, ensuite l'éosinophilie dans les mycoses et son absence dans le pityriasis rosé de Gibert, la monocytose au début de la syphilis, son absence dans le chancre mou prouvent que l'hémogramme est un complément de la sémiologie des maladies vénériennes et cutanées.

L'hémogramme peut être utile pour le pronostic et le contrôle du traitement : la diminution des monocytes dans la syphilis parle, dans une certaine mesure, en faveur d'un bon résultat du traitement. La diminution des cellules éosinophiles prend dans les mycoses une marche parallèle à la guérison, une éosinophilie persistante parle en

faveur d'une récidive. Il est probable que l'apparition brusque d'une éosinophilie pendant un traitement par les arsénobenzènes constitue le prodrome d'une dermite et peut servir d'avertissement.

Enfin l'hémogramme pourrait peut-être apporter un peu de lumière sur l'étiologie obscure encore de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, sur la nature infectieuse de l'érythème polymorphe, du pityriasis rosé, etc.

(Formule d'un hémogramme normal d'après Schilling. Nombre total de leucocytes : 6.000-8.000. Leucocytes basophiles, 1 ; éosinophiles, 3 ; myélocytes, 0. Neutrophiles : formes jeunes, 2 ; formes en bâtonnets, 4 ; formes segmentées, 63. Lymphocytes : 23-35 ; monocytes, 6).

OLGA ELIASCHEFF.

Les relations de l'hypersensibilité de la peau avec les anomalies du système neuro-végétatif (Die Bezichungen der Ueberempfindlichkeit der Haut zu den Anomalien des vegetativen Nervensystems), par L. SZONDI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 53.

Dans son article l'auteur pose la question suivante : peut-on admettre une relation causale entre une réaction exagérée de la peau et les troubles de la tonicité survenus en même temps, du système neuro-végétatif, c'est-à-dire des troubles de la vagotonie et de la sympathicotonie? Avant de conclure l'auteur répond aux deux questions secondaires qui permettent de comprendre et d'apprécier la question principale :

1° Existe-t-il une relation réciproque constante entre l'hypersensibilité de la peau et la tonicité du système neuro-végétatif?

L'auteur ne croit pas à cette relation parce que, d'après plusieurs auteurs et en particulier d'après Grumach et les observations personnelles de S. dans l'urticaire, dans l'œdème de Quincke ou dans d'autres réactions cutanées anormales dues à une hypersensibilité, cette dernière peut être accompagnée aussi bien d'une vagotonie que d'une sympathicotonie.

2° Peut-on constater cliniquement avec la même exactitude la vagotonie et la sympathicotonie que l'hypersensibilité de la peau?

Ici aussi la réponse est négative et S. la motive de la façon suivante : Il est actuellement impossible de déterminer exactement la tonicité du système neuro-végétatif par les symptômes cliniques et pharmacologiques. On peut examiner par les médicaments du groupe adrénaline-atropine-pilocarpine, utilisés actuellement, l'excitabilité nerveuse dans les organes terminaux périphériques du système neuro-végétatif, et non les centres végétatifs. On connaît les médicaments pour l'examen de la tonicité de ces centres, mais ces médicaments sont inutilisables à cause de leur grande toxicité et aussi parce qu'ils ne sont pas électifs. Mais même en admettant une action élective on n'est pas en droit de conclure de pareilles expériences sur le tonus végétatif de l'organisme, mais seulement sur l'état du tonus végétatif du système cardio-vasculaire, point d'élection de ces toxiques.

En résumé l'auteur est d'avis que les troubles du tonus du système

neuro-végétatif peuvent théoriquement produire une hypersensibilité cutanée, mais cette étiologie ne peut pas être cliniquement démontrée. L'hypersensibilité de la peau peut être due à une plus grande perméabilité des capillaires cutanés et aussi à une hyperproduction congénitale de la lymphe par les cellules des capillaires. L'augmentation du tonus végétatif observée dans ces cas n'est qu'une manifestation accidentelle de l'hypersensibilité de la peau.

L'hypersensibilité est dans la majorité des cas le résultat d'une dyshormonie exogène ou endogène et la tonicité végétative démontrable dans ces cas, que ce soit une vagotonie ou une sympathicotonie, n'a qu'une relation coordonnée, mais pas causale avec la peau.

Olga Eliascheff.

Ulcus rodens pigmenté (Ulcus rodens pigmentosum), par Ernst Schröpl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* Bd 154, Heft 1, 1928, p. 61, 3 figures.

Deux cas rares de tumeurs mélaniques de la face : l'examen histologique montra un *ulcus rodens* typique, c'est-à-dire un carcinome métaplastique dans le sens de Hansemann. Le pigment était disposé dans un réseau de mélanoblastes parmi les cellules tumorales. Les mélanoblastes de forme dendritique contenaient un lipoïde biréfringent. Ces tumeurs pigmentées bien étudiées par Caudière et Br. Bloch sont considérées par ce dernier comme des épithéliomes mélaniques cutanés bénins (resp. précancéreux). Olga Eliascheff.

Sur l'idiosyncrasie familiale vis-à-vis du salvarsan et sa transmission passive (Ueber familiare Salvarsanidiosynkrasie und ihre gelungene passive Uebertragung), par H. Fuhs et G. Riehl jun. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* Bd 154, Heft 1, 1928, p. 88.

Observation rare d'une idiosyncrasie familiale vis-à-vis du salvarsan. Apparition après les trois premières injections de néosalvarsan chez trois membres de la même famille, père, fille et fils, d'un érythème. Une application locale en pansement (0,15 cgr. de néosalvarsan dans 0,5 cm³ d'eau) provoqua une rougeur, un œdème, des papules et vésicules à l'endroit de l'application.

Les auteurs ont réussi à transmettre, avec le contenu d'une bulle provoquée chez la jeune fille, cette idiosyncrasie à la peau normale d'un syphilitique en période de latence qui supportait avant cette expérience parfaitement bien le néosalvarsan. Cette idiosyncrasie ne resta pas limitée au point de la transmission, mais se montra aussi aux points éloignés. Elle se manifesta en outre par une réaction locale et générale après une injection intraveineuse d'une solution de néosalvarsan.

Olga Eliascheff.

Considérations de principe à propos d'un cas de dermite due à l'or (Triphal) (Grundsätzliche Erwägungen im Anschluss an einen Fall von Golddermatitis (Triphal), par B. Jäger et Fr. Kohl, avec collaboration de H. Brünotte. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 76, 1 figure.

Une femme atteinte depuis 10 ans d'un psoriasis fut traitée par le

Triphal (préparation d'or). Après la 5ᵉ injection de 10 cgr. léger exanthème des mains rapidement regressé. Après la 6ᵉ injection de la même dose survint une dermite généralisée suintante suivie d'une hyperkératose, d'une éruption lichénoïde et d'une atrophie cicatricielle de la peau Ce cas fut compliqué par des métrorragies profuses, des hémorragies cutanées, de la muqueuse buccale et d'hématémèses, 9 mois après la dernière injection 2 fragments de peau biopsiés donnèrent une réaction aurique. L'évolution clinique des dermites, produites par les injections d'or, ressemble tout à fait aux dermites postsalvarsaniques et il semble que l'agent nocif attaque les mêmes groupes cellulaires. On observe aussi dans les dermites dues à l'or comme dans celles du salvarsan des éruptions psoriasiformes et lichénoïdes, l'apparition de verrues planes et de zonas. OLGA ELIASCHEFF.

Syphilis congénitale des ongles (Kongenitale Nagelsyphilis), par RUDOLPH SPITZER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 82, 1 figure.

Destruction presque totale des ongles des doigts et des orteils chez une jeune fille de 20 ans à côté d'autres signes d'une syphilis héréditaire. A l'âge de 3-4 mois elle présenta une éruption cutanée suivie de nombreuses paraonychies. Cette destruction ne fut pas modifiée par le traitement antisyphilitique. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la céphalosporiose. Contribution à l'étude des mycoses rares, et à leur diagnostic sérologique (Ueber Cephalosporiose. Ein Beitrag zur Kenntnis der seltnen Mykosen, unter besonderer Berücksichtigung der Serumdiagnose), par T. BENEDEK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 96.

Beaucoup de lésions cutanées « banales » sont produites par des dermatophytes très peu connus encore et c'est le cas pour la céphalosporiose. Les lésions dues à cette dernière ressemblent cliniquement à celle de l'eczéma. L'auteur décrit un cas personnel. L'agent pathogène fut un hyphomycète le *cephalosporium niveolanosum* de Benedek (1927) en symbiose avec quelques formes de levure. Ces polymycoses sont d'après B. assez fréquentes. B. attribue une grande importance au diagnostic sérologique (fixation du complément, agglutination) parce qu'il le considère comme le seul moyen de prouver la nature de l'agent pathogène du parasite trouvé dans les lésions. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la sarcomatose multiple hémorragique de Kaposi (Zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex hæmorragicum (Kaposi), par H. G. ROTTMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 134, 3 figures.

Après avoir rappelé la structure histologique si différente des tumeurs de la sarcomatose hémorragique de Kaposi. G. apporte un cas personnel cliniquement et histologiquement différent des cas typiques. A la suite d'une inflammation suivie d'un érysipèle se formèrent des taches de teinte bleue avec tendance à s'ulcérer sur un pied et la jambe de son malade. Plus tard se développèrent des tumeurs de

teinte mélanique, tumeurs ne dépassant pas le volume d'un noyau de cerise, localisées sur la peau œdémateuse de la même jambe. Le reste du corps fut indemne de lésions. L'atypie histologique consiste dans la présence d'un pigment dispersé dans des traînées de cellules fusiformes et rappelant par sa disposition un mélanosarcome. Le pigment ne donna pas la réaction ferrique.

L'auteur attribue une grande valeur à l'inflammation préalable dans la formation de ces tumeurs. OLGA ELIASCHEFF

Recherches comparatives sur quelques variétés du « Cephalosporium » et description d'une variété nouvelle : le « cephalospor. niveolanosum » nouvelle espèce (Vergleichende Untersuchungen uber einige Arten der Gattung « Cephalosporium » nebst Mitteilung einer neuen Art : « Cephalospor. Niveolanosum » nov. spec.), par T. BENEDEK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 155, 11 figures.

B. apporte dans ce travail les résultats d'un examen systématique de trois variétés de *cephalosporium*, les deux premières espèces cultivées d'une affection cutanée, la troisième d'une lésion gommeuse. Il décrit l'aspect macroscopique des cultures sur les différents milieux utilisés, leur polymorphisme, leurs particularités biologiques et enfin l'aspect microscopique et le diagnostic différentiel de ces trois variétés.

OLGA ELIASCHEFF.

L'anergie vis-à-vis de la tuberculine dans le mycosis fongoïde (Note préliminaire) (Tuberkulin anergie bei Mycosis fungoïdes (Vorlaufige Mitteilung), par S. K. ROSENTHAL MINSK. *Archiv fur Dermatologie u. Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 196.

R. a constaté dans le mycosis fongoïde ainsi que dans une érythrodermie prémycosique, comme Markenstein, Ledermann, Arning, Milian et Périn, Pozzo, Mariani et d'autres, une anergie vis-à-vis de la tuberculine en injections sous-cutanées. La question à savoir, s'il s'agit d'une anergie spécifique dans le sens de Jadassohn, comme par exemple dans le lupus pernio, n'est pas encore résolue.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur la dermatite due à l'iodoforme (Untersuchungen über die Iodoformdermatitis), par ALFRED PERUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 206, 1 figure.

Comme Jadassohn et Bloch, P. constata dans un cas de dermatite due à l'iodoforme que cette affection n'est pas une dermatose due à une hypersensibilité à l'iodoforme. L'hypersensibilité existe seulement vis-à-vis des dérivés iodés du méthane, tandis qu'il n'existe aucune allergie vis-à-vis des autres produits de substitution halogénés du méthane. Le groupe alkyle ne peut pas être considéré comme cause de l'hypersensibilité, la dernière se manifeste quand les alkyles sont iodés. La quantité d'iode joue un rôle secondaire.

L'auteur a pu transmettre par l'injection intradermique du contenu d'une bulle active l'hypersensibilité vis-à-vis de l'iodoforme à un sujet non hypersensibilisé. Les recherches de la disposition constitutionnelle à l'idiosyncrasie vis-à-vis de l'iodoforme donnèrent les résultats

suivants : les petites doses de pilocarpine produisirent une excitabilité manifeste du parasympathique ; l'injection intraveineuse de 0,001 mgr. d'adrénaline donna un résultat paradoxal : une chute passagère de la tension systolique. Après l'application de l'iodoforme survint une chute leucocytaire de 30 o/o dans le sang périphérique.

Toutes ces manifestations parlent en faveur d'une labilité dans l'équilibre du vago-sympathique et d'une surexcitabilité du parasympathique. On peut admettre que cet état est la cause de la disposition constitutionnelle anormale laquelle provoque les dermatoses allergiques. OLGA ELIASCHEFF.

Un lichen spinulosus comme exanthème postsalvarsanique (Lichen spinulosus als Salvarsanexanthem.), par HANS SHAUFFER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band 154, Heft 1, 1928, p. 215, 1 figure.

Description d'un cas de lichen spinulosus typique survenu chez un syphilitique après un traitement mixte : salvarsan et bismuth. L'application locale de différentes préparations de salvarsan ainsi que de la liqueur de Fowler produisit des réactions différentes : réactions minimes ou négatives ou très fortes, bulleuses et ulcéreuses. L'apparition de sensibilisation et de désensibilisation successives de la peau au salvarsan chez des malades atteints d'un exanthème postarsénobenzolique, signalée déjà par Kagelmann, Rosenthal et Frei a pu être aussi constaté par S. OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas d'une trichophytide eczématoïde devenue furonculoïde (Ueber einen Fall von ekzematoïdem und spater furunkoloïdem Trichophytid), par HANS STOUFFER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 154, Heft 1, 1928, p. 231, 1 figure.

Malade atteint d'une trichophytie superficielle du cou. Après un traitement par les rayons X, la trichophytie gagne en profondeur et forme un kérion de Celse typique. Une vingtaine de jours après la dernière application de rayons survint un peu de fièvre avec malaise général, accompagné d'un exanthème généralisé à type d'eczéma aigu vésiculeux, une trichophytide eczématoïde, suivie d'une trichophytide profonde. L'application de trichophytine donna une réaction de foyer très nette. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la maladie de Paget (du mamelon) (Ueber Pagets Disease), par J. MESTCHANSKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 5, 4 février 1928 (3 figures), p. 173.

Il n'est pas certain que tous les dermatologistes reconnaissent comme répondant exactement à la dermatite de Paget les huit cas qui servent de point de départ à ce travail. Les observations en sont très abrégées et M. considère qu'il s'agit plutôt d'une forme clinique que d'un syndrome défini anatomiquement. De plus, M. n'a qu'une connaissance très abrégée des travaux non allemands. Sous ces restrictions, voici l'abrégé de ses conclusions. La maladie de Paget n'est

qu'un cancer au début, cancer qui peut trouver son point de départ soit dans l'épiderme, soit dans la glande. Les « cellules de Paget » proviennent de l'épiderme et représentent des éléments dégénérés de la basale ou de la couche épineuse. La notion des affections précancéreuses est à abandonner. Il faut réserver la dénomination de « maladie de Paget » à la localisation mamelonnaire. Tout eczéma chronique du mamelon de la femme est suspect et comporte une biopsie. Le traitement est chirurgical radical et aussi précoce que possible.

Ch. Audry.

Sur deux cas de dermite bulleuse systématisée phytogène (Uber zwie Fälle von Dermatitis bullosa Systematisata phytogenes), par H. Rock. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 5, 4 février 1928, p. 188.

R. publie deux observations de dermite des baigneurs identiques à celles déjà publiées. Ce sont les premières constatées à Troppau. Action possible de la silice des graminées. L. Chatellier.

Sur un cas singulier de gangrène cutanée récidivante associée à une infection mycosique de la peau (Ein ungewohnlicher Fall von rezidiverender Haut-gangrän mit Hilzinfektion der Haut), par A. v. Karwoski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 6, 11 février 1928, p. 201 (4 figures).

Observation d'une fille de 16 ans qui, pendant deux années présenta des foyers récidivants de trichophytie profonde (*trychophyton acuminatum*), ou de favus, au niveau desquels apparurent et récidivèrent des foyers de nécrose superficielle eux-mêmes dépourvus de champignons (main, coude (favus), menton, nez). Guérison après deux ans de traitements répétés nécessités par la surveillance. Phénomènes douloureux intenses. La malade dut subir ensuite une laparotomie qui montra des ovaires sclérokystiques, etc. L'examen histologique des fragments nécrosés indiqua l'existence de thromboses veineuses nombreuses, point de traces de champignon.

Observation tout à fait exceptionnelle et très difficile à interpréter, d'autant plus qu'il est nécessaire de songer à des phénomènes neurotoxiques (ou pithiatiques?) Ch. Audry.

Sur les tuberculoses cutanées. Cas rare de tuberculose cutanée fongueuse et végétante (Zum Studium der tumorartigen Formen der Haut tuberkulose. Ein seltener Fall von Tuberkulosis cutis fongosa et vegetans (Riehl), par Per. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 7, 18 février 1928, p. 229 (3 figures).

Observation de tuberculose fongueuse de la jambe (du type de Riehl) dont le début remontait à 30 ans plus tôt, rencontrée chez un homme de 54 ans. Revue générale à ce sujet. Rien de neuf.

Ch. Audry.

La dermite en breloque (Die Berlockdermatitis), par F. Rosenthal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 7, 18 février 1928, p. 242 (2 fig.).

Cette affection se voit pendant les périodes chaudes prolongées, et surtout après des bains de soleil excessifs. Elle est constituée par des

traînées pigmentées partant de la nuque ou du manubrium, où elles ont des contours imprécis, pour descendre sur le dos et la poitrine, où elles deviennent plus nettes et plus sombres. On rencontre parfois des traînées semblables sur le visage, les bras et le tronc. La disposition des lésions rappelle un peu celle d'un collier. Elles sont vraisemblement dues à une énergique irradiation solaire combinée à l'emploi de liquides contenant des huiles éthérées (l'eau de Cologne par ex.). Aux prédispositions personnelles, il convient d'ajouter aussi des facteurs tenant au climat. Guérison totale en 3-6 semaines.

L. Chatellier.

Un cas de dermatofibrose lenticulaire disséminée et d'ostéite condensante disséminée (Ein Fall von Dermatofibrosis lenticularis disseminata, par A. Buschke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 8, 25 février 1928, p. 257 (5 figures).

Une femme vierge de 41 ans, peu développée, présentant depuis l'enfance une tendance aux chéloïdes présente sur des territoires cutanés symétriques (nuque, dos, épaules, cuisses etc.) des efflorescences disséminées ovalaires ou rondes légèrement saillantes, dont le début remonte à une époque inconnue (la malade, tuberculeuse, s'en est aperçue, il y a six ans). Au microscope, structure fibreuse, non néoplasique, avec conservation du tissu élastique. En même temps, l'examen radioscopique montra l'existence dans la portion épiphysaire des os longs de petits foyers d'ostéite condensante disséminés (telle qu'elle a été décrite par Albert. Schönberg, Ledoux-Lebard, etc.). Cette forme d'ostéite est très peu connue, très rare et jusqu'à ce jour on n'y avait pas signalé la présence d'altération cutanée. Tout porte à croire que lésions cutanées et osseuses relèvent d'un même processus, peut-être une anomalie constitutionnelle.

Ch. Audry.

Traitement du bouton d'Orient par 661 et 471. Die Behandlung der Orientbucle mit 661 und 471, par A. Talaat. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 8, 25 février 1928, p. 262.

661 et 441 désignent des sels d'antimoine : stibosan et antimosan. T. a eu d'excellents résultats par leur injection intraveineuse dans 4 cas de boutons d'Orient.

Ch. Audry.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Un cas de vaste dégénérescence amyloïde de la peau (Ein Fall von ausgedehnter Amyloidose der Haut), par F. Juliusberg. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, fasc. 1, février 1928, p. 1.

Si l'amylose cutanée locale, comme lésions secondaires au processus de prolifération épithéliale et à la dégénérescence sénile, n'est pas très rare, elle est au contraire exceptionnelle à titre de maladie *sui generis*. Gutmann l'a bien décrite. J. rapporte l'observation d'un malade de 27 ans, sans antécédents, chez qui la maladie a commencé à l'âge de 17 ans et s'est lentement étendue. Muqueuses et ganglions normaux. Le visage, la tête, les mains, les membres inférieurs sont respectés.

Sur les bras et les avant-bras, les surfaces d'extension sont seules atteintes. Le dos, la poitrine, les flancs et lès fesses sont presque complètement envahis par l'éruption. Celle-ci est constituée par des nappes formées par la confluence de l'élément éruptif qui est un nodule brun, à surface rude, évoluant à la longue vers l'aplatissement et la résorption, on trouve aussi à la périphérie des placards de petits éléments papuleux disséminés. Le prurit est intense et l'aspect général rappelle une large lichénification. Histologiquement, au niveau des nodules, hyperkératose, épaississement de la couche granuleuse qui est formée de 6 à 7 assises de cellules, pigmentation épithéliale portant sur l'assise basilaire et les cellules inférieures du rete malpighien, sans multiplication des chromatophores papillaires. Cette pigmentation s'étend au delà des nodules. Dans le derme, nombreux fibroblastes et quelques mastzellen et quelques lymphocytes; formations amyloïdes, irrégulières, en blocs, se colorant au violet de méthyle, situées dans le derme papillaire. Ces blocs marchent de pair avec l'hyperkératose des nodules. Le tissu élastique papillaire est supprimé dans les papilles en dégénérescence amyloïde. L. CHATELLIER.

Sur la question de la pyodermie chronique serpigineuse (Zur Frage der Pyodermia chronica serpiginosa), par TISCHNENKO et A. KROICZIK. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 1, février 1928, p. 11 (17 figures).

Après avoir brièvement rappelé les nombreux travaux qui ont été suscités par cette question, les auteurs donnent quatre observations personnelles ; trois proviennent de femmes, la quatrième d'un homme. Il s'agit de lésions exulcéreuses, plus ou moins végétantes, à progression excentrique et serpigineuses dont le début remontait à plusieurs années. Elles occupaient l'épaule ou la jambe, ou le cuir chevelu et guérirent soit par l'autovaccin, soit par des pansements appropriés. Les auteurs distinguent une forme ulcéreuse et une forme érosive. Histologiquement, les lésions étaient celles d'un granulome, c'est-à-dire d'une inflammation subaiguë ou chronique à tendance nodulaire (cellules géantes dans un cas). Ils pensent que la chronicité de la maladie tient au mode de défense de l'organisme attaqué par les microorganismes pyogènes (streptocoques en particulier). Il faudra rapprocher ces variétés des formes anciennement connues comme le sycosis coccogène, la dermatite papillaire du cuir chevelu, etc.

CH. AUDRY.

Exanthème bromique à forme de pemphigus végétant et serpigineux (Bromexanthem van Typus Pemphigus vegetant et serpiginosus), par A. FESSLER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 1, février 1928, p. 25 (2 figures).

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui prenait depuis un an du bromure de potassium et du sedobrol. Jamais on ne trouva de traces de l'élimination du brome, ni dans les urines ni dans le pus, etc. Guérison par le poudrage. L'hypersensibilité au brome parut avoir été, dans une certaine mesure, transmise au cobaye, par l'injection du sérum de la malade. CH. AUDRY.

Dermatoses professionnelles phytogènes : dermite par les feuilles de tabac (Zur Kasuistik der phytogenen Berufsdermatosen : Hauterkrankung durch Tabakblätter), par C. L. Klarenberg. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LII, fasc. 1, février 1928, p. 1.

Sur une femme de 48 ans, sans antécédents et chargée du triage des feuilles de tabac, apparut au bout de 3-4 jours, un érythème prurigineux des mains, qui s'étendit ensuite à la face et obligea la malade à suspendre son travail. Quand elle le reprit, récidive immédiate plus grave : gonflement, érythème, de la face, qui cèdent au repos pour s'accentuer et s'étendre dès la reprise du travail (mains, face, cou, bras). La malade, insensible à diverses substances, réagit vivement à une macération de feuilles de tabac, et très vivement (jusqu'au collapsus et à la syncope) à une application de nicotine diluée à 1/1.000.000. L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Note sur deux cas d'ichtyose bulleuse, par Mac Leod. *The British Journ. of Dermat. and Syphilis,* n° 472, février 1928, p. 51.

L'auteur cite un cas d'ichtyose et un cas d'hyperkératose ichtyosiforme s'accompagnant de bulles traumatiques et spontanées à contenu stérile qu'il interprète comme association d'ichtyose et d'épidermolyse bulleuse. S. Fernet.

Kératoses congénitales avec bulles, par Goldsmith. *The British Journ. of Dermat. and Syphilis,* n° 472, févr. 1928, p. 59.

A propos d'un cas de poussées bulleuses fébriles au cours d'une hyperkératose ichtyosiforme et d'après une étude bibliographique, G. établit que les kératoses, contrairement à ce qui a été suggéré, n'offrent pas de terrain particulier aux formations bulleuses. Celles-ci sont extrêmement rares dans l'ichtyose si jamais on en a observé. On les rencontre, infectieuses ou traumatiques, un peu plus fréquemment dans l'érythrodermie congénitale ichtyosiforme où leur production est favorisée par l'hyperactivité des glandes sudoripares. Elles résultent, dans la majorité des cas, d'infections streptococciques ; dans les rares cas où leur contenu est stérile, il faut admettre l'existence simultanée d'un état d'épidermolyse congénitale. S. Fernet.

The British Medical Journal (Londres).

L'étiologie des vergetures non dues à la distension, par Parkes Weber. *The British Medical Journal,* n° 3502, 18 février 1928, p. 255.

Les vergetures ne sont pas toutes consécutives à la distension exagérée de la peau par la grossesse, l'ascite, les tumeurs, l'œdème, l'obésité, etc. Chez certains individus sains, de préférence au moment de la puberté ou à la suite d'infections diverses ou d'intoxications, il se forme des vergetures par insuffisance du réseau élastique dont la pathogénie est obscure.

A ce propos P. W. rappelle, qu'ayant observé une série de cas de

pachydermie verticellée chez des acromégaliques, il a été amené à établir une relation entre ces affections, la pachydermie n'étant qu'une hyperplasie du tissu conjonctif sous-cutané et pouvant, de même que les autres hyperplasies de l'acromégalie, être sous la dépendance de l'hyper-fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse.

Le défaut d'étoffe et l'insuffisance du tissu élastique dans les vergetures constituent, en somme, l'inverse des lésions de la pachydermie vorticellée : une hypoplasie de la peau. En rapprochant ces faits des précédents P. W. admet que, tandis que la pachydermie est la conséquence de l'hyperfonctionnement hypophysaire, les vergetures résultent de l'insuffisance de la sécrétion interne de cette glande. Cette insuffisance est dans certains cas constitutionnelle, dans d'autres elle est passagère, consécutive à une infection ou une intoxication.

S. Fernet.

Bulletin Médical de Québec.

Coexistence de signes de syphilis et de séquelles post-encéphalitiques dans le syndrome parkinsonien, par J. C. Miller et G. Desrochers. *Bulletin Médical de Québec,* 29e année, no 2, février 1928, pp. 40-46.

Observation d'un homme de 47 ans, parkinsonien typique avec d'assez gros troubles de la parole (palilalie, tachyphémie paroxystique), mais qui présente une hypertonie modérée et qui a de plus des pupilles déformées immobiles, un Bordet-Wassermann fortement positif dans le sang, négatif dans le liquide rachidien.

Le traitement antisyphilitique fut sans action, alors que le salicylate améliora transitoirement le malade.

Les auteurs concluent à l'association des deux virus chez ce malade. Ils donnent une bibliographie de la question. A. Bocage.

Actas Dermosifiliograficas (Madrid).

Leishmaniose viscérale et cutanéo-muqueuse (Leishmaniosis visceral y cutaneo mucosa), par J. S. Covisa et R. Gonzales Medina. *Actas Dermosifiliograficas publicados por la Academia Espanola de Dermatologia y Sifiliografia,* Madrid, ano XX, octubre-noviembre 1927, no 1, p. 19, 8 p., 5 fig.

Un enfant de 14 ans, originaire d'un village de la province de Madrid, présente une ulcération destructive de la lèvre supérieure, étendue à la gencive, très analogue par sa localisation et par son aspect aux ulcérations que J. S. C. et R. G. M. ont vues chez des malades atteints de leishmaniose venant des pays américains.

La coexistence chez ce jeune sujet de ces lésions cutanéo-muqueuses avec une énorme hypertrophie de la rate réalisant le syndrome viscéral typique du kala-azar, permet à l'auteur de conclure que les diverses modalités cliniques sont déterminées par un même parasite.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Etude sur la réaction de Wassermann et en particulier sur les résultats que l'on obtient en l'effectuant à la température de congélation (Estudios sobre la reactión de Wassermann y in particular sobre los resultados que se obtienen enfectuándola a temperature de congelation, par Nicolas Calvin. *Ecos Españoles de Dermatologia y sifiliographia*, Madrid, december 1927, enero y febrero 1928, nos 27, 28 et 29.

Les recherches de N. C. lui permettent de conclure que la méthode de la congélation permet de dépister 5 o/o de cas positifs de plus que les épreuves sérologiques ordinaires, mais il estime que de nouvelles et nombreuses observations sont encore nécessaires pour résoudre définitivement le problème de la spécificité de la réaction.

J. Margarot.

Paralysie générale et malariathérapie (Paralisis general y paludizacion), par Alvarez Sainz-de-Aja. *Ecos Españoles de Dermatologia y sifiliografia*. Madrid, ano IV, febrero 1928, no 29, p. 941 et *Actas Dermo-sifiliograficas*, oct.-nov. 1927, no 1, p. 3.

A. S. de A. apporte le résultat de sa pratique personnelle.

L'inoculation pratiquée avec 3, 5, 6 et jusqu'à 10 centimètres cubes de sang a toujours été couronnée de succès.

L'incubation est de 7 à 10 jours avec l'injection intraveineuse. Elle est de 9 à 10 jours avec l'injection hypodermique. Les accès se produisent toutes les 46 heures. On en a compté de 10 à 14.

Le résultat fut absolument nul dans un cas.

Dans la plupart on nota une amélioration psychique corrélative d'une atténuation ou même de la disparition du syndrome humoral. Chez un des sujets la rémission clinique fut complète et permit le retour à la vie normale.

L'auteur pense que la méthode est indiquée chez les malades qui ne sont pas encore des déchets humains. En dehors de la paralysie générale elle est applicable aux neurosyphilis dans lesquelles le traitement usuel n'a pas fait revenir à la normale le liquide céphalo-rachidien. Elle est absolument à rejeter dans la syphilis récente à cause de la mortalité élevée qu'elle entraîne (5 à 10 o/o des cas).

J. Margarot

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Trois cas d'adénite syphilitique tertiaire, par Cummer. *The American Journ. of Syphilis*, vol. XII, no 1, janv. 1928, p. 13.

Les gommes syphilitiques des ganglions lymphatiques sont rares ; aux 80 cas, environ, dont C. a pu retrouver les descriptions dans la littérature, il ajoute trois observations personnelles.

Il s'agissait, dans un cas, d'une adénite cervicale suppurée, qui fut incisée, resta fistulisée et s'accompagna d'une infiltration du larynx qui nécessita une trachéotomie. L'anémie, la perte de poids et surtout la fièvre que présentait cette malade paraissaient justifier le diagnostic

de tuberculose, mais le Wassermann se montra positif et les lésions furent cicatrisées rapidement par le traitement spécifique.

Le second cas concerne aussi une adénopathie cervicale chronique simulant la tuberculose. Le troisième, une adénopathie généralisée avec hypertrophie de la rate, simulant une maladie de Hodgkin.

S. Fernet.

L'hyposulfite de soude dans les syphilis sérologiquement résistantes, par Beinhauer et Jacob. *The American Journ. of Syphilis*, vol. VII, n° 1, janv. 1928, p. 61.

B. et J. attribuent les cas de syphilis résistante à la saturation des tissus et des humeurs par les agents médicamenteux (As, Bi, Hg) qui, par leur présence prolongée dans l'organisme, favorisent l'arséno-, la bismutho- et l'hydrargyro-résistance du tréponème.

Pour neutraliser ces agents médicamenteux dans l'organisme et rendre ainsi les Tréponèmes vulnérables à nouveau, ces auteurs ont utilisé la propriété de l'hyposulfite de soude de donner avec les métaux des sulfures insolubles.

Après une période de désintoxication par des injections intraveineuses d'hyposulfite, ils soumettaient leurs malades à nouveau au traitement spécifique. Dans 24 cas sur 28 (85 o/o), cette méthode leur a permis de réduire totalement ou d'atténuer des réactions de Wassermann qui, antérieurement, résistaient à tous les traitements.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les mycoses, par Castellani. *Archives of Dermatol. and Syphilology*, vol. XVII, n° 2, février 1928, p. 194, 22 fig.

Après avoir, dans ce journal, fait l'étude complète de tous les champignons pathogènes, C. passe à l'étude de quelques mycoses qu'il a eu l'occasion d'étudier plus particulièrement et dont certaines particularités pourraient être moins connues.

On trouvera dans ce travail les descriptions cliniques et les caractères mycologiques des Trichomycoses, des Tricho-aspergilloses, du Pityriasis versicolore tropical *(Tinea flava)*, des Blastomycoses, de la Cryptococcie épidermique, de l'intertrigo à Saccharomycès, de la furonculose à Cryptococcus, de l'Accladiose, etc. S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Rosacée et analyse du suc gastrique, par Grintschar et Rachmanoff. *The Urologic and cutaneous Review*, février 1928, p. 85.

L'examen du suc gastrique après repas d'épreuve a montré que dans 85 o/o des cas de rosacée il y a diminution notable de l'acidité totale et diminution parallèle de l'acide chlorhydrique libre. Dans la majorité de ces cas l'absorption d'acide chlorhydrique dilué a été suivie de guérison. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le traitement du tabès par les injections épidurales de néoarsphénamine, par Hassin. *The Journ. of the American Medical Assoc.*, 25 févr. 1928, p. 605.

La voie épidurale permet l'introduction de doses de Néoarsphénamine aussi fortes que la voie intraveineuse et considérablement plus fortes que la voie sous-arachnoïdienne.

En traitant ses malades par cette voie H. a amélioré un certain nombre de tabétiques. Les accidents, extrêmement rares, seraient la conséquence de la pénétration du médicament dans l'épaisseur du cul-de-sac dural ; pour les éviter l'aiguille ne doit pas pénétrer à plus de 8 cm. ou être déviée de la ligne médiane. S. Fernet.

Acta Dermatologica (Kioto).

Sur le carcinome primitif de l'urèthre masculin (Ueber das primäre Carcinom der männlichen Urethra), par A. Fukai. *Acta Dermatologica* (Kioto) (d'après un résumé en allemand), t. XI, janvier 1928, n° 1, p. 1.

A propos de 4 cas personnels, F. fait une longue revue générale (Bibliographie étendue) d'après 80 obs. L'âge varie de 22 à 76 ans. L'étiologie reste inconnue. Blennorrhagie antérieure 55 fois sur 80, 12,7 o/o des cas présentent des antécédents traumatiques. Le siège habituel est le bulbe, puis la partie membraneuse : 7 fois seulement, la fosse naviculaire, jamais la partie prostatique. Symptômes : hémorragies, douleurs, dysuries, abcès, fistules : aucun signe pathognomonique. Souvent la lésion se développe sur une sténose. Cliniquement, rien ne permet de le distinguer des autres variétés de tumeurs malignes. Pronostic très grave, malgré l'étendue à donner aux interventions chirurgicales, plus grave encore que celui du cancer du pénis. Histologiquement, il s'agit presque toujours de cancer à épithélium corné ; très rarement, épithélioma cylindrique, ou papillaire ; on doit naturellement établir un rapport entre cette forme cornée et l'origine aux dépens d'un épithélium leucoplasié antérieurement. Seul l'examen histologique peut renseigner exactement sur la nature des adénites satellites. On ne sait pas grand'chose à ce sujet. Ch. Audry.

Lichen plan avec lésions des muqueuses (Lichen ruber planus mit Schleimhautetbeiligung), par B. Tashiro *Acta Dermatologica* (Kioto), janvier 1928, t. XI, n° 1, p. 111 (d'après un résumé en allemand) (5 figures).

Observation recueillie sur une femme de 24 ans atteinte d'un lichen plan généralisé de la face, avec lésions des muqueuses buccales et vulvaires. L'observation est intéressante en ce qu'elle mentionne (et figure) des altérations de la muqueuse vésicale, constatées par la cystoscopie, sous forme de papules pâles, un peu saillantes.

Ch. Audry.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Quelques remarques au sujet du psoriasis ; hérédité, maladies de la nutrition, influences nerveuses, par Bernhardt. *Przeglad Dermatol.* (Varsovie), vol. XXIII, nº 1, 1928, p. 1.

L'hérédité constitue le facteur étiologique le plus certain du psoriasis. Elle se traduit par la prédisposition du sujet à réagir par des lésions cutanées d'un type particulier. L'individu présentant cette hérédité peut, dans des conditions favorables, passer par la vie sans extérioriser sa prédisposition qu'il transmettra, néanmoins, à ses descendants.

Dans les 300 cas qui font l'objet de cette étude B. a trouvé 106 cas de psoriasis chez l'homme contre 100 chez la femme. 37,5 o/o des cas ont débuté avant l'âge de 10 ans, 26 o/o entre 11 et 20 ans, 25,5 o/o entre 21 et 30 ans, 6,5 o/o entre 31 et 40 ans, 3,5 o/o entre 41 et 50 ans, aucun de 51 à 60 ans et un seul cas entre 61 et 70 ans.

L'hérédité a été constatée dans environ 50 o/o des cas. Dans 51 o/o elle a été croissante, c'est-à-dire que le nombre des cas s'accroissaient chez les descendants, dans 49 o/o elle était décroissante. Dans 16 o/o des cas l'hérédité était liée au sexe, les femmes ou les hommes étant seuls atteints au cours de plusieurs générations.

B. a constaté la coexistence du psoriasis avec l'obésité dans 10 o/o des cas, avec le diabète dans 3 o/o ; des névrodermites circonscrites ont été observées dans 3 o/o des cas, la pelade dans 1 o/o. L'association du psoriasis avec les diverses variétés d'eczématides est fréquente (20 o/o des cas environ) soit qu'elles existent chez le même individu, soit qu'on les observe dans la descendance des psoriasiques.

L'examen systématique des urines et du sang des psoriasiques a montré d'une façon générale un excès de calcium, une légère insuffisance des chlorures dans le sang et les urines, de la rétention de l'acide urique dans les tissus, un taux relativement bas de sucre et de cholestérine libre dans le sang. Ce déséquilibre portant surtout sur le calcium, les hydrates de carbone et la cholestérine, on est orienté à attribuer un rôle pathogénique prépondérant au corps thyroïde, au thymus, aux glandes génitales et aux surrénales.

Le rôle du système nerveux dans la pathogénie du psoriasis est prouvé par l'influence indéniable des chocs nerveux et psychiques et aussi par la disposition métamérique ou zoniforme de certaines éruptions.

C'est donc l'ensemble du système neuro-végétatif qui intervient dans la pathogénie du psoriasis dont l'étiologie reste encore inconnue.

S. Fernet.

Les injections intradermiques de vaccin gonococcique, par Ryll-Nardzewski. *Przeglad Dermatol.* (Varsovie), vol. XXIII, 1928, nº 1, p. 29.

L'auteur a traité 49 cas de blennorrhagie compliquée ou non par des injections intradermiques de vaccin gonococcique mixte contenant

des méningocoques, des staphylocoques, des bacilles pseudo-diphtériques et du colibacille.

Cette technique lui a donné des résultats supérieurs à ceux des injections sous-cutanées, surtout dans les gonococcies compliquées et pour la réactivation de l'infection.

Elle a l'avantage de ne jamais occasionner de réactions générales. Lorsque le volume du liquide à injecter le nécessite, on pratique les injections en plusieurs endroits. Dans ces conditions on n'observe, localement, que des réactions érythémateuses ou érythémato-vésiculeuses limitées, dont la durée ne dépasse jamais 48 heures.

S. Fernet.

L'urticaire hémorrhagique et le groupe des purpuras, par Kapuscinski. *Przeglad Dermatol.* (Varsovie), vol. XXIII, n° 1, 1928, p. 49.

En dehors des formes typiques d'urticaire et de purpura, symptomatiquement et étiologiquement différentes, il existe des cas intermédiaires, véritables faits de passage, qui permettent d'établir certains faits pathogéniques communs aux deux affections.

L'auteur a observé un cas d'urticaire chronique ayant débuté chez une femme à l'âge de 4 ans et dont les éléments ortiés s'accompagnaient d'exsudats séro-sanguinolents sur le corps, franchement hémorragiques aux membres inférieurs. Des taches purpuriques persistaient après la disparition des papules urticariennes, mais ne se formaient jamais en dehors d'elles. Au moment des crises l'examen du sang montrait de la leucopénie, une diminution du nombre des plaquettes et une augmentation parallèle du temps de saignement et de coagulation.

Dans trois cas de purpura rhumatoïde et dans un cas de purpura hémorragique les chocs colloïdoclasiques, artificiellement provoqués par des injections diverses d'albumines étrangères, donnaient lieu à des poussées sous forme de purpura précédé d'élevures urticariennes. Dans les antécédents de tous ces malades on relevait des infections graves telles que typhus, scarlatine, variole, grippe, streptococcie.

En raison des allergies cutanées constatées chez ces malades, des altérations vasculaires et sanguines, de la similitude des éruptions anaphylactiques avec les éruptions primitives, l'auteur admet la pathogénie colloïdoclasique du purpura rhumatoïde et de l'urticaire hémorragique.

L'ensemble symptomatique de ces cas dépend du degré du choc par rapport à la résistance des vaisseaux. Lorsque la résistance des capillaires est suffisante, le choc se manifeste par des exsudats séreux, dans le cas contraire, lorsque les capillaires sont altérés, les exsudats sont hémorragiques et l'éruption est purpurique. S. Fernet.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm)

Les lichénifications anormales, par L.-M. Pautrier. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm,* vol. VIII, fasc. 5, janvier 1928, p. 313, 24 figures.

Tableau d'ensemble sur les lichénifications anormales. Description clinique et histologique de cette lésion dans les différentes régions du corps. P. décrit les lichénifications anormales par leur forme : la lichénification circonscrite nodulaire chronique, hypertrophique ou géante. Elles diffèrent complètement des lésions du lichen plan, mais on trouve souvent une lichénification associée à un lichen plan, lichénification survenue sur un tégument qui est le siège d'un prurit violent et traumatisé par le grattage : « lichénification verruqueuse ». Mais il existe aussi des lichens cornés hypertrophiques sans trace clinique de lichen plan et histologiquement différents : ce sont les lichénifications anormales. La lichénification se différencie encore du lichen plan par l'intensité du prurit : dans le lichen plan le prurit est assez modéré, diffus; dans le lichen corné hypertrophique le prurit est limité, localisé et excessivement fort. P. trouve encore un argument d'ordre thérapeutique pour confirmer son opinion : la radiothérapie médullaire agit d'une façon élective sur le lichen plan et reste sans effet sur le lichen corné hypertrophique. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'érythème chronique migrateur (Ein Beitrag zur Kenntnis des Erythema chronicum migrans), par KAREL HUBSCHMANN, *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 5, janvier 1928, p. 343, 3 figures.

Affection assez rare décrite par Lipschütz en 1913 sous le nom d'érythème chronique migrateur. Observation d'un cas chez une fillette de 8 ans. La lésion débuta dans l'angle interne de l'œil gauche, gagna l'angle interne de l'œil droit et progressa excentriquement en laissant au centre une dépigmentation à surface lisse et une légère atrophie par places. Cette localisation et l'atrophie n'ont pas été encore signalées. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la gale norvégienne ou croûteuse, par VI. FELDMANN et M. Per. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 5, janvier 1928, p. 359, 10 figures.

Travail très documenté avec description clinique et histologique des lésions et observation d'un cas personnel. Malgré l'extrême fréquence des cas de gale, c'est le troisième cas de gale norvégienne observé en Russie. Le petit malade atteint de cette affection présenta en même temps une trichophytie superficielle généralisée du type érythémato-squameux (Cultures trichophyton cratériforme).

L'examen microscopique des masses croûteuses prélevées sur la peau, le cuir chevelu et les lamelles sous-unguéales montra la présence de sarcoptes de la gale à tous leurs stades de développement (œufs, larves).

Les auteurs discutent la théorie dualiste et concluent à l'identité de cette forme spéciale avec la gale ordinaire : le terrain joue un rôle important dans l'apparition de la forme spéciale : une résistance faible ou atténuée des téguments, des dermatoses préexistantes et concomitantes, un mauvais état général, y prédisposent.

OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de lymphogranulomatose « inguinale » des ganglions axillaires après une infection consécutive à l'énucléation d'un bubon induré (bubon strumeux) (A case of Lymphogranuloma « inguinale » in the Axillary Glands after an Infection Received on Enucleating a Hard Bubo (Bubo Strumosa), par Sven Hellerström. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 5, janvier 1928, p. 394.

Observation d'un cas de bubon induré résistant à tous les traitements : guérison rapide après l'énucléation du bubon. Quelques mois après apparition d'une adénite axillaire avec adhérence à la peau accompagnée d'une forte fièvre (40°) et d'albuminurie. Les ganglions furent extirpés et le malade guérit définitivement.

L'examen histologique des ganglions axillaires extirpés et conservés fut pratiqué 23 ans après l'opération L'auteur trouva les mêmes lésions anatomo-pathologiques que dans la lymphogranulomatose inguinale. La cutiréaction de Frei (antigène d'un bubon climatique) pratiquée en 1927 chez le sujet atteint de cette lymphogranulomatose en 1904 fut positive. La réaction de Ito-Reenstierna (antigène du chancre mou) fut négative. L'auteur conclut d'accord avec Favre, Phylactos, Frei et d'autres que le bubon climatique et la lymphogranulomatose de Nicolas Favre sont identiques. Ce cas est en outre un excellent appui à l'opinion que le Nicolas Favre est une maladie *sui generis*. Olga Eliascheff.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

Contribution à l'étude de la toxine, par M. D. Outenkow. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 2, février 1928, pp. 114-122.

Se basant sur des données bibliographiques et des recherches personnelles sur des microorganismes variés (spirochètes, trypanosomes, bacilles de la tuberculose, de la dysenterie, du typhus, de la peste, gonocoques, staphylocoques, streptocoques, *bacillus proteus*, etc.), l'auteur conclut que les toxines, resp. filtrats peuvent contenir des races filtrantes invisibles capables d'évoluer jusqu'à devenir visibles. Les substances antiseptiques ajoutées aux toxines n'arrêtent pas la croissance, mais la retardent seulement. Les filtres à pores les plus menues ne sont pas capables d'arrêter le virus filtrant. Par conséquent, la toxine n'est qu'un mélange de culture de virus vivant avec un agent mort. Le passage des formes invisibles aux visibles est lié à une certaine cyclicité, mais elle est difficile à suivre avec la méthode habituelle de culture des microbes. Cette cyclicité incite à reviser la notion actuelle de la toxine. La question des réactions diagnostiques et de l'immunisation active par la toxine ne doit pas être trop étendue, car ces applications ne sont pas sans danger. La question doit être mieux étudiée, car il y a de nombreuses complications, même mortelles à la suite d'inoculations. Bermann.

A propos de la composition de la sueur dans le prurit cutané, par B. N. Tonian. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 2, février 1928, pp. 123-129.

L'auteur se servait pour recueillir la sueur, d'un bain d'air sec à 70°-75°C. durant 25-30 minutes que le sujet prenait, étant enveloppé dans une toile cirée, de la tête jusqu'aux genoux. Parallèlement avec la sueur, on examinait le même jour l'urine du malade. Au cours de deux années de recherches, l'auteur a examiné plus de cent sueurs dans des dermatoses variées. Ici il ne sera question que des malades atteints de prurit cutané, donc de 18 malades, dont 11 hospitalisés et 7 ambulants. Avant le traitement les analyses ont été faites chez tous les 18 malades, après la guérison seulement chez 10; 6 malades avaient un prurit généralisé, 12 — un prurit partiel. Avant le traitement, le produit de la transpiration contient une quantité élevée de substances toxiques, des chlorures, de l'urée et de l'acide urique qui irritent les terminaisons nerveuses et provoquent un prurit intense. L'urine, au contraire contient moins de produits d'échange des matières. Après le traitement, le tableau change et se rapproche de la normale, ce qui permet de conclure que la peau des malades souffrant de prurit cutané élimine de l'organisme les substances toxiques et nocives, ce que les reins n'arrivent pas à faire complètement. Ainsi, se confirme l'opinion des auteurs que la cause du prurit cutané est l'accumulation dans la peau de substances chimiques nocives résultant d'échanges défectueux. Les analyses chimiques de la sueur et de l'urine sont donc indispensables pour les maladies cutanées. Dans le prurit cutané il faut activer le travail du filtre rénal pour éliminer les toxines. La nourriture des malades doit être achlorurée et non azotée.

Bermann.

De la verrucose généralisée, par S. A. Glaouberson. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 2, février 1928, pp. 130-135.

Une femme russe de 52 ans, sans antécédents héréditaires ni collatéraux morbides, a remarqué, il y a 7 ans, après une pneumonie, une éruption cutanée généralisée aux extrémités supérieures et inférieures, à la face, au dos, aux flancs, à la poitrine, à l'abdomen et constituée par des papules légèrement surélevées, isolées ou groupées, brun-rouge, surmontées ou non de pellicules non adhérentes, allant de la grosseur d'un grain de mil jusqu'à celle d'une lentille. Par places, ces papules sont plus élevées, rondes ou polyédriques, jaune-gris, brun-jaune, à caractère lichénoïde. En outre, on constate des verrues séniles. La biopsie d'une papule montre : couche cornée hyperkératosique ; absence des couches transparente et granuleuse ; la couche malpighienne est épaissie, ses cellules sont vacuolisées, dans les cellules de la couche basale il y a aussi des vacuoles. Les papilles sont allongées ou aplaties. Le derme est infiltré. Le tableau clinique et histologique montre donc qu'il s'agit d'une affection que Levandowsky et Lutz ont, en 1922, décrite sous le nom d'épidermodysplasie verruciforme. Avec le cas décrit, on ne connaît que 9 cas de cette affection (5 hommes et 4 femmes). La maladie débute soit dans l'enfance, soit à l'âge mur, et est liée soit aux maladies infantiles, soit à la pneumonie, au refroidissement, au rasoir, etc. Dans 5 cas (y compris le cas décrit) on trouve

de la tuberculose (forme fibreuse du sommet dans le cas de l'auteur), dans 3, il y avait un cancer et dans 2 une consanguinité. L'auteur soutient l'opinion d'Hoffman et de Kogoj que l'affection est une verrucose généralisée par voie lympho-hématogène. BERMANN.

La vaccinothérapie locale des affections staphylococciques de la peau par les pansements spécifiques d'après la méthode de Besredka, par G. AROUTUNOFF et J. GOURVITCH. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, nº 2, février 1928, pp. 136-141.

Les auteurs ont observé 30 malades, dont 12 hospitalisés et 18 ambulants. Les affections cutanées ont été les suivantes : pyodermites 8 cas, furonculose 6 cas, hydrosadénites, 6 cas, impétigo 4 cas, sycosis simples 4 cas, acné conglobé 1 cas, acné simple 1 cas. Les auteurs ont obtenu 22 guérisons, 6 améliorations 1 état stationnaire (acné simple) et 1 aggravation (sycosis). Les conclusions des auteurs sont : la vaccinothérapie locale est un agent thérapeutique actif dans les dermatoses staphylococciques. C'est un moyen spécifique agissant d'une façon étiologique. Elle réussit dans des cas où d'autres moyens curatifs ont échoué. L'auto-antivirus difficile à préparer peut avantageusement être remplacé par le stock antivirus prêt, dont l'action est sensiblement la même. BERMANN.

Contribution à la thérapie de la syphilis congénitale, par D. LASS. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, nº 2, février 1928, pp. 141-147.

Se basant sur l'observation de 226 cas d'hérédo-syphilis active chez des enfants d'âge et de sexe différent, l'auteur conclut : le traitement de l'hérédo-syphilis ne doit aucunement être quelque chose de toujours pareil, mais rigoureusement individuel envers chaque malade. Il doit être précoce, intense, dans le sens des doses uniques et du nombre des cures. Les nourrissons atteints d'accidents actifs doivent subir un traitement stationnaire et les mères doivent aussi être traitées simultanément. Les formes actives cutanées sont le mieux traitées par la cure mixte de néo et de mercure ; les autres localisations en activité s'améliorent le mieux par le néo + bismuth (kératite, périostite). Le meilleur effet thérapeutique est obtenu par la combinaison de néo + mercure + bismuth, soit simultanément, soit l'un après l'autre. Les deux premières séries de traitement, comme les plus actives, cliniquement et sérologiquement, doivent surtout être très intensives, par les doses uniques et par leur fréquence. L'hérédo-syphilis dystrophique tardive résiste au traitement et ne donne que des améliorations insignifiantes. Cette variété doit être prévenue par des traitements énergiques prophylactiques de la mère enceinte, en employant l'opothérapie, les toniques et les antirachitiques. La lutte contre l'hérédo-syphilis donnera les meilleurs résultats par la collaboration étroite du pédiatre, de l'accoucheur et du syphiligraphe.

BERMANN.

Pemphigus végétant, lié à la microflore saprophytique de la cavité buccale, par A. M. KHALETZKAÏA. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, nº 2, février 1928, pp. 148-155.

Le malade est un invalide pensionné de 72 ans qui a toujours été robuste et bien portant. Pas de maladie vénérienne antérieure. Antécédents héréditaires et collatéraux, rien de particulier. Après avoir porté des pièces de prothèse dentaire qui n'ont pas été bien faites, le malade les a abandonnées et a constaté alors dans la bouche des érosions douloureuses sanguinolentes empêchant la conversation et la déglutition. Malgré les topiques, le processus a envahi le reste de la muqueuse buccale. La voix devient enrouée, il a une gêne au pharynx et il entre à la clinique. Emphysème et bronchite chronique, artériosclérose, foie débordant les côtes, la rate ne présente rien de particulier. Les dents qui restent sont recouvertes de tartre, les gencives sont pâteuses, l'haleine fétide. La muqueuse buccale saigne et est érodée. Il y a des foyers opaques et des plaques érosives un peu partout, y compris au larynx. Rien de particulier à la peau, sauf des verrues séniles. Au bout de 1 mois 1/2-2 mois végétations périanales, phlyctènes sous-axillaires, au nombril et aux aines. Hyperthermie, amaigrissement, mauvais état général. Peu à peu bulles pemphigoïdes aux téguments et péribuccales, cachexie. Après 3 mois de séjour à la clinique décès. Le traitement a consisté en gargarismes, badigeonnages, arsenic, autohémothérapie, néo-salvarsan intraveineux, filtrat-vaccin local de Besredka, poudrages, etc. L'autopsie montre une rate septique, une pneumonie hypostatique, une dégénérescence parenchymateuse du cœur, du foie, des reins. Artériosclérose des gros vaisseaux. Tuberculose chronique du sommet gauche. Atrophie jaune des organes. Stase pléthorique. Frottis et culture du sang montrent des petits cocci. Les membranes de la bouche montrent les cocci, diplo et streptocoques, même flore dans le contenu des phlyctènes. La sérosité des végétations péri-anales, montre des spirochètes ressemblant aux spirochètes pâles que l'on ne trouve pas ailleurs. La culture de la sérosité des cocci, montre des diplocoques et bâtonnets divers et des levures avec mycélium. Dans les organes on ne trouve que la flore habituelle. L'auteur pense que la flore buccale, les saprophytes, sous l'influence du traumatisme par la prothèse dentaire, a pénétré dans le courant lympho-sanguin et que le processus local s'est généralisé rapidement. La flore saprophytique buccale trouvée partout, confirme cette idée.

BERMANN.

Un cas de volossatik (Creeping disease), par M. P. TROUNOW et A. A. JOUKOVSKI. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 2, février 1928, pp. 155-157.

Un garçon de 11 ans présente depuis 2 semaines une tache prurigineuse à la joue gauche. Cette tache rampe en bas, laissant derrière elle une élévation linéaire en bourrelet qui a déjà dépassé le cou. Cette ligne se termine par une vésicule avec un point noir au centre. Extrait à l'aide d'une pince et d'une aiguille, le point noir présente, au microscope une larve fusiforme avec 9 bandes transversales, de couleur noire. L'extrémité céphalique est munie d'un orifice buccal entouré d'un grand nombre de crochets. L'extrémité caudale se ter-

mine par deux appendices ayant chacun un orifice. C'est la larve qui a été décrite en Russie par nombre d'auteurs sous le nom de volossatik et à l'étranger sous ceux de *larva migrans* et de *creeping disease*. L'affection est très répandue en Russie et au Danemark oú l'on a déjà décrit 60 cas environ. BERMANN.

Contribution au chancre syphilitique extra-génital, par S. G. WARTANIANTZ. *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. VI, n° 2, février 1928, pp. 158-161.

La syphilis extra-génitale si répandue dans la campagne russe, ne l'est pas moins dans les campagnes d'Ossétie et d'Ingouchétie (Caucase), grâce au faible développement de la culture et grâce aux mœurs primitives de la population (Gortzy). Depuis les 4 années 1/2 qu'existe le Dispensaire antivénérien de Vladicaucase, l'auteur a vu 18 cas de chancres extra-génitaux se répartissant ainsi : 9 cas de chancres des seins, 9 des lèvres supérieure et inférieure. L'infection a eu lieu par l'allaitement et les baisers. La lutte contre ce fléau social doit être des plus énergique et active. BERMANN.

L'état actuel de la question de la thérapeutique du lupus vulgaire et de la lutte contre cette affection. Projet d'organisation de lutte contre la tuberculose cutanée dans l'Ukraine et en particulier à Odessa, par M. G. MGUEBROW. *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. VI, n° 2, février 1928, pp. 161-176.

Le lupus est développé surtout chez des personnes vivant dans des conditions antihygiéniques (60 o/o des malades sont des paysans, pour la plupart illettrés). Le début de l'affection a surtout lieu avant l'âge de 15 ans (plus de 65 o/o). La peau de la face reste indemne seulement dans 1/6 des cas. Les méthodes générales employées furent les toniques généraux, la tuberculine, la chimiothérapie (sels d'éléments rares), la cure solaire, la photothérapie. Les méthodes locales furent : la finsenthérapie, la lampe de Kromayer et autres, la radiothérapie, le radium et le mésothorium, la cautérisation par l'air chaud, par le thermo et le galvanocautère, l'étincelle des appareils d'Arsonval, la cryothérapie par la neige carbonique, la scarification de Vidal-Brocq, le curetage, les opérations plastiques de Thiersch, les topiques locaux, l'hygiène, etc. Les mesures sociales contre la tuberculose cutanée que l'auteur propose, s'inspirant de l'exemple danois et allemand, sont : centralisation de la lutte contre le lupus aux mains de l'Etat. Les malades doivent dans les colonies spéciales être traités, sans laisser leur éducation et leur travail. Il faut instituer partout des luposeries spéciales, disposant des moyens les plus perfectionnés pour combattre cette affection d'une façon précoce et radicale. Il faut créer au Commissariat de Santé, un conseil spécial pour la lutte contre la tuberculose cutanée. Il faut organiser une statistique exacte des malades, fonder des colonies spéciales, des dispensaires où l'on puisse établir un diagnostic précoce et exact, puis traiter le malade dans des établissements appropriés. L'instruction sanitaire doit renseigner sur le rôle de l'hygiène du logement et de l'hygiène indivi-

duelle, et aussi sur le mal que cause la promiscuité surtout à la campagne. L'auteur pense qu'Odessa devrait devenir un de ces centres antilupiques très actifs, à cause de sa situation climatique. Les malades qui arrivent pour se faire traiter dans des villes sont des paysans qui n'ont pas d'abri pour coucher, car personne ne les accepte et ils doivent rentrer découragés et non guéris. Il faut faire tout pour la lutte, même s'il faut commencer par des mesures limitées que l'on élargira plus tard.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Question actuelles de Syphiligraphie, suivies d'un index bibliographique de 3.400 travaux de syphiligraphie parus en 1925 et 1926 en français, allemand, anglais, italien, espagnol, etc. (Deuxième série), par Clément Simon. 1 vol. in-8° de 178 pages, fig., Paris, 1927. Legrand, éditeur,

En 1926, S. fit paraître chez Legrand une série d'études critiques comprenant neuf chapitres : pluralité des virus syphilitiques ; contribution à l'étude de la syphilis traumatique des os et des téguments ; un nouveau syndrome endocrinien d'origine probablement hérédo-syphilitique ; l'azoospermie avec intégrité des caractères sexuels secondaires ; la réaction de Bordet-Wassermann négative au cours de la syphilis secondaire avec manifestations cliniques ; influence de la digestion sur les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann ; études sur l'action des préparations insolubles de bismuth à l'égard de la réaction de Bordet-Wassermann ; action *in vitro* des extraits pancréatiques sur le trypanosome du nagana et le *spirocheta gallinarum* ; sur la stomatite arsenicale ; essai de traitement de la syphilis par voie buccale à l'aide du dérivé formylé de l'acide méta-amino-para-oxy-phényl-arsinique (tréparsol). Il y avait joint un index bibliographique de 2.400 travaux de syphiligraphie parus en 1923 et 1924.

Le nouveau volume comprend une étude thérapeutique fort importante. Recherche d'un test sérologique pour apprécier la valeur des médicaments antisyphilitiques, dans laquelle S. montre tour à tour comment se comportent vis-à-vis des épreuves sérologiques, le novarsénobenzol, l'acétylarsan, le tréparsol, les composés bismuthiques. Il y a une série de courbes sérologiques démonstratives. Nous avons déjà analysé (ici-même) la thèse qu'un de ses élèves fit sur ce sujet à la suite de ces travaux. Mais il y a en outre une mine de 3.400 fiches s'étendant sur les quatre dernières années et on ne saurait assez louer l'auteur d'avoir ainsi épargné aux chercheurs un temps précieux en leur donnant cette bibliographie méthodique qui leur rendra les plus grands services.

H. Rabeau.

Principes d'Hygiène Sociale, par Sicard de Plauzoles. *Cours libre professé à la Sorbonne (1922-1927),* préface de M. le professeur A. Pinard, J. Peyronnet et Cie, éditeurs, Paris.

Ce livre s'adresse à l'élite intellectuelle de la nation, particulièrement à ceux qui ont la charge des intérêts vitaux du pays et sont ses

guides naturels ; car l'hygiène est une *Science économique et sociale* dont les principes ne peuvent plus être ignorés de ceux qui sont, à des titres divers, des éducateurs ou des dirigeants. C'est tout un plan d'*organisation sociale* fondée sur les lois de la biologie, c'est tout une *morale scientifique* que l'auteur expose, en s'appuyant sur l'observation rigoureuse des faits.

La France est en péril par la *dépopulation* et la *dégénérescence* ; pour la sauver, il faut nécessairement et sans retard obéir aux lois de l'hygiène sociale que l'auteur expose avec autant de clarté que de force, et qui se résument en ceci : porter le matériel humain à son maximum de perfectionnement pour en tirer le rendement optimum, le développement de la production étant la condition nécessaire du développement de la population et de la puissance nationale.

L'Hygiène sociale ainsi comprise est une science nouvelle et qui « commande l'avenir ».

« Nul n'était plus qualifié que l'auteur de ce livre, dit le professeur Pinard, en sa préface, pour faire connaître et comprendre, ce qu'est et ce que doit être l'hygiène sociale, et montrer sa puissance, preuves en mains ».

Etude critique de la réaction de Sachs-Georgi, par Robert Lévy. *Thèse de Nancy* (*pharmacie*), n° 9, 1927-1928, 2e série (Maloine éditeur, Paris), 176 pages.

Travail très important du laboratoire du professeur Lasseur sur la technique et les résultats de cette réaction, qui sont minutieusement étudiés d'après les principaux travaux publiés sur la question.

Réunissant en tableaux les statistiques publiées il montre que la réaction de Sachs Georgi est positive à juste titre seulement dans 87,1 o/o des cas réunis (151.020), ce qui montre son infériorité sur la réaction de Wassermann.

A noter en appendice un court historique de la réaction de Wassermann mettant en valeur le rôle de Bruck dans sa réalisation.

A. Bocage.

Accidents et dangers de l'électricité, par Duhem, Electro-Radiologiste de l'Hôpital des Enfants-Malades. Un volume in-8 de 72 pages ; 1928, 10 fr.

Ce livre est destiné aussi bien au grand public qu'aux médecins, mais l'emploi constant de l'énergie électrique en physiothérapie, aussi bien en haute qu'en basse tension, lui ont fait trouver sa place dans nos « Actualités physiothérapiques ».

L'auteur commence par étudier l'action physiologique des courants électriques ; il s'attache particulièrement à l'étude du mécanisme de la mort dans l'électrocution et cherche, dans l'étude des causes les plus fréquentes de ces accidents, à démêler la part qui peut incomber à la défectuosité des installations, de celle beaucoup plus grande, qui est due à l'ignorance ou à l'imprudence du public.

Tout le texte est illustré d'exemples d'accidents de causes bizarres, étranges et si souvent mystérieuses.

Les symptômes, les séquelles, les complications des accidents électriques y sont copieusement étudiés, et, pour terminer, l'auteur consacre deux chapitres importants au traitement des accidents électriques et aux mesures préventives qu'il convient d'appliquer pour en prévenir le retour.

Ce livre présente une utilité pratique incontestable et devra se trouver entre les mains de toutes les personnes qui, de près comme de loin, se trouvent en rapport avec l'énergie électrique. Il est court et sa lecture est aussi instructive qu'intéressante.

Ce livre, exempt de toute considération historique, intéressera tous ceux qui veulent s'initier aux phénomènes mis en jeu dans les applications radiothérapiques pratiquées avec les appareils actuels et les techniques modernes.

Il est le premier d'une série dans laquelle paraîtront successivement *la Radiothérapie modérément pénétrante* ainsi que la *Radiothérapie pénétrante*, qui, sous une forme aussi concise que le premier volume, donneront les principaux éléments de cette thérapeutique.

Questions actuelles relatives au traitement de la syphilis (Cuestiones actuales en el tratamiento de la sifilis), par Antonio Peyri. *Monografias médicas.* IV, Editorial « Arnau de Vilanova » Cortes Catalanas, 462, I°, Ia Barcelona.

Les problèmes actuels du traitement de la syphilis font l'objet d'une mise au point qui, tout en étant d'une objectivité didactique, permet à l'auteur d'exposer ses conceptions personnelles.

Il déplore dans sa préface que des erreurs fondamentales empêchent dans beaucoup de cas un traitement correct.

Les médecins ont souvent le tort :

1° De croire qu'un traitement abortif peut guérir une syphilis au début ;

2° De donner le salvarsan à des doses faibles ou moyennes ;

3° De considérer prématurément les malades comme guéris ;

4° D'abandonner le traitement sous le prétexte que la réaction de Wassermann est négative ;

5° De ne pas pratiquer de ponctions lombaires comme contrôle thérapeutique ;

6° De laisser sans traitement un grand nombre d'hérédo-syphilitiques.

A. P. rappelle les différentes étapes de la syphilis, l'invasion lente et progressive de l'organisme par le tréponème, l'entrée en action des immunités locale et générale suivant des modalités propres aux divers malades, avec, comme conséquence, des indications thérapeutiques particulières pour chacun d'eux.

Les médicaments et leurs modes d'administration sont étudiés et comparés au point de vue de leurs avantages et de leurs inconvénients.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la malariathérapie, à l'emploi des sels d'or, de platine, de cadmium et à la sérothérapie.

L'auteur précise ensuite la conduite à suivre suivant les cas.

Le traitement préventif peut être institué, mais à la condition d'être très énergique. Son échec possible exige que le malade soit longtemps suivi.

En ce qui concerne la syphilis au début, A. P. pose en principe que le traitement abortif n'existe pas.

Les cures massives préconisées par les Américains et par les Allemands lui paraissent préférables aux séries courtes que l'on faisait encore en France il y a une dizaine d'années.

Après une étude rapide des indications spéciales aux diverses formes (viscérales, nerveuses, syphilis conjugales, syphilis des femmes enceintes, hérédo-syphilis, syphilis résistantes), il discute dans un dernier chapitre la curabilité de la maladie. Il conclut que, malgré l'impossibilité d'affirmer la guérison absolue, la « guérison pratique » s'obtient fréquemment et il précise les conditions cliniques, sérologiques et thérapeutiques qu'elle exige. J. Margarot.

Visage et cuir chevelu. Massage, mobilisation, ultra-violets suivi d'un formulaire pratique, par H. Bulliard, 1 vol. de 150 pages, 33 fig., Le François éditeur, Paris.

L'auteur qui fut l'élève de Jacquet était plus particulièrement qualifié pour écrire cette monographie dans laquelle le côté thérapeutique tient la première place. La doctrine de Jacquet était surtout Kinési-diététique cherchant dans l'association d'une hygiène bien réglée et d'une mobilisation intensive la guérison des dermatoses communes. B. étudie les principales affections du visage et du cuir chevelu montrant pour chacune ce que l'on peut attendre des diverses méthodes de traitement. Agents physiques (une place toute particulière est faite au traitement par les ultra-violets) vaccinothérapie, chirurgie esthétique, méthode Kinési-diététique.

Les méthodes de massage, massage plastique de Jacquet, massage du cuir chevelu, massage vibratoire, mobilisation, brossage sont décrites en détail. Toute cette partie est particulièrement instructive étant donné les longues études de B. sur cette question, ainsi que sur l'hypertrichose et l'épilation. Mais à côté de ces méthodes l'auteur a résumé en un court chapitre les formules choisies par lui comme les plus simples et d'emploi le plus courant. Ce petit livre par sa conception même et sa clarté rendra service à tous ceux qui voudront aborder cette question complexe des soins du visage et du cuir chevelu.

H. Rabeau.

La syphilis auriculaire, oreille et nerf acoustique, par J Ramadier. Un vol. in-8° de 180 pages. Collection des actualités médicales. Doin éditeur, Paris 1928.

L'étude de la syphilis auriculaire dépasse actuellement le cadre de l'otologie. Ce livre qui est une excellente mise au point de la question

mérite donc de retenir l'attention des médecins non spécialisés. Il montre l'importance du rôle de la syphilis dans l'étiologie des surdités graves et l'intérêt séméiologique que peut présenter le diagnostic des accidents auriculaires syphilitiques. Pour qui sait les identifier ils peuvent apparaître comme le premier signe révélateur d'une syphilis ignorée, ou le signal du réveil d'une syphilis qui semblait éteinte. La tendance habituelle de la syphilis est d'intéresser la portion nerveuse de l'oreille, l'appareil de perception ou appareil neurolabyrinthique. Il s'ensuit des troubles fonctionnels sévères dont le diagnostic causal aura le plus grand intérêt. R. a suivi dans cette étude le point de vue clinique, envisageant les manifestations auriculaires successivement aux divers stades de la syphilis et les groupant suivant des formes topographiques et symptomatiques. Ce livre sera lu avec intérêt aussi bien par les syphiligraphes que par les praticiens, il leur sera utile. H. RABEAU.

Les arthrites gonococciques, par H. MONDOR, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux. 1 vol. de 525 pages avec 121 figures. Paris, Masson et Cie, éditeurs. Prix, 70 francs.

On a beaucoup écrit sur les complications articulaires de la gonococcie. Si l'on ajoutait aux chapitres les Traités et aux articles les Dictionnaires, les innombrables copies de concours sur le « Rhumatisme blennorrhagique », on serait effrayé du poids de papier que représenterait cette littérature. Et cependant une monographie moderne, complète, aux points de vue historique, anatomo-pathologique, chirurgical, est la bienvenue puisqu'elle est due à un chirurgien de haute valeur et déjà de grande expérience. Les qualités techniques de l'auteur et son érudition sont servies par un style très personnel, très vivant, qui lui aurait certainement permis de se faire un nom en littérature. Ce livre a les qualités d'une monographie écrite par un chirurgien qui a beaucoup vu et beaucoup opéré d'arthrites blennorrhagiques. Il ne s'agit pas d'un froid article de traité, mais d'un travail vivant où nous voyons agir l'auteur qui nous livre le fruit de son expérience et de ses méditations. Bien que la question soit étudiée surtout du point de vue chirurgical, avec même une pointe de critique à l'égard des médecins, les vénéréologistes tireront un grand profit du travail considérable de H. Mondor qui est certainement appelé au plus grand succès. CLÉMENT SIMON.

Précis d'Histologie. I. Histologie générale, par CH. CHAMPY, 1 vol. in-8 de 356 pages avec 255 figures. J.-B. Baillière et fils, éditeurs (Bibliothèque Carnot et Fournier).

Le *Précis d'Histologie générale* que vient de publier le Professeur Champy est d'une clarté remarquable. Les éléments essentiels y sont exposés de la manière la plus simple. L'auteur s'est borné aux faits acquis définitivement, qui doivent être la base de nos connaissances.

On trouvera dans ce volume les notions fondamentales sur la structure et la biologie de la cellule, sur les épithéliums, les tissus de soutien, les cellules de réserves, les cellules pigmentées, sanguines, nerveuses, reproductrices, etc. Le texte est illustré de 255 figures originales, très démonstratives, qui en rendent la compréhension particulièrement facile. On peut envier le sort de nos étudiants qui ont à leur disposition un précis aussi parfaitement didactique.

Le dermatologiste et le syphiligraphe consulteront avec fruit cet ouvrage qui, tout en demeurant élémentaire pour répondre à son but, met au point de nombreuses descriptions que le spécialiste doit nécessairement connaître.

A. Sézary.

NOUVELLES

CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

Le prochain Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française aura lieu à Paris dans la seconde quinzaine de juillet 1929, sous la présidence de M. Sabouraud. Les rapports suivants seront présentés.

1) Les prurigos ; rapporteurs : MM. Civatte (Paris) et Favre (Lyon).

2) L'érythème polymorphe ; rapporteurs : MM. Lortat-Jocob (Paris) et Ramel (Lausanne).

3) La malariathérapie dans la syphilis nerveuse ; rapporteurs : MM. Dujardin (Bruxelles) et P. Chevallier (Paris).

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DE KIEW

Le bureau de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie à Kiew m'a chargé de vous faire part que l'assemblée générale annuelle le 1er avril 1928 a élu membres honoraires de la dite société MM. le professeur Jeanselme E., le professeur Samberger (Prague) et les docteurs Sabouraud (Paris) et Hudelo (Paris).

CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Dans sa séance du 14 juin le Conseil de la Faculté a proposé à M. le Ministre de l'Instruction publique pour la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Université de Paris, vacante par suite de la retraite de M. le Professeur Jeanselme, M. Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Broca.

Le Secrétaire : Dr L. Sloutzki.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



ALLERGIE ET SUPERINFECTION DANS LA SYPHILIS

par

Le Professeur E. BIZZOZERO et Le Docteur J. BERNUCCI
Assistant et Privat-Docent.
Clinique Dermato-Syphiligraphique de la R. Université de Turin,
Directeur Professeur Enzo Bizzozero.

L'allergie dans la syphilis a été l'objet de recherches de la part de nombreux auteurs qui se sont servis, soit d'antigènes extraits d'organes riches en tréponèmes portés à une température élevée et mélangés avec une solution d'acide phénique, soit de cultures de tréponèmes tués par la chaleur; mais ces procédés s'ils ont donné des résultats concrets en ce qui regarde la valeur pratique de la réaction, c'est-à-dire sa valeur diagnostique par rapport aux divers stades de la syphilis, prêtent le flanc aux objections. Avant tout on ne peut affirmer avec certitude que les réactions provoquées avec ces antigènes soient dues seulement aux tréponèmes puisque, peuvent aussi concourir à leur production, soit les tissus enflammés où sont contenus les tréponèmes, soit les bouillons de culture. Cette opinion a déjà été soutenue par plusieurs auteurs (Meirowsky, Müller et Stein) qui ont conclu que la cuti-réaction dans la syphilis, particulièrement à la période tertiaire, est provoquée par des substances probablement protéiques qui existent déjà dans les organes normaux, mais sont en plus grande abondance dans les organes hébergeant les tréponèmes. Aux résultats positifs de la réaction, pourrait aussi coopérer l'état inflammatoire de l'organe employé pour l'extrait puisque les recherches de Nathan et Sack ont démontré que les injections intradermiques d'extraits, provenant d'une peau enflammée, provoquent presque constamment des phénomènes inflammatoires plus intenses que les extraits de peau normale.

Pareillement, le milieu de culture, comme l'ont observé Nobl

et Fluss, Kämmerer, Löwenstein et d'autres, peut par lui seul donner lieu à des réactions inflammatoires.

D'autre part, il est logique de présumer que la réaction provoquée par des tréponèmes morts, doit différer notablement de celle que provoquent des tréponèmes vivants. Pour ces raisons, nous nous sommes servis de l'exsudat frais extrait au moyen de ventouses à la surface de manifestations secondaires. Nous rappelant que, en règle, les cutiréactions sont moins évidentes et moins intenses que les intradermo-réactions, nous avons injecté l'exsudat sous l'épiderme en deux points du dos, à la dose exacte de un vingtième de centimètre cube de façon à provoquer une élevure de volume constant et à avoir ainsi des réactions exactement comparables entre elles.

De cette façon, nous avions le moyen d'étudier les réactions allergiques avec une précision plus grande que les précédents auteurs qui opéraient par scarifications ou par introduction de fragments de papules syphilitiques, de volume forcément variable, dans une poche dermo-épidermique. Nous pouvions en même temps étudier les rapports qui existent entre ces réactions et les lésions provoquées par le développement des tréponèmes injectés.

Naturellement nous avons toujours eu soin d'éviter l'infection de l'exsudat par les germes banaux en lavant longuement les lésions avec de l'eau et du savon, en les détergeant avec de l'eau oxygénée, puis avec de l'alcool et enfin avec une solution d'eau physiologique stérile.

Comme contrôle nous avons toujours fait en deux points symétriques des inoculations de la même quantité du même exsudat après l'avoir chauffé soit à 58° pendant deux heures, soit soumis alternativement à cette température et à la congélation, soit plus souvent, pour éviter les altérations des protéines, porté seulement à 48° pendant deux heures. En même temps, pour éviter que le liquide injecté, par sa propre nature inflammatoire indépendante de son contenu en tréponèmes vivants ou morts, puisse avoir une part dans la production de la réaction, nous avons inoculé dans une région voisine, en deux points, du liquide provenant d'une bulle de vésicatoire, et en deux autres points, du liquide de bulles produites par la neige carbonique et provenant du sujet même qui avait fourni les tréponèmes. Dans une autre petite série, ces liquides de bulles ont été pris sur un individu

non syphilitique. Pour éviter que des traces de cantharidine contenues dans le liquide des bulles puissent par elles-mêmes provoquer une réaction, nous nous sommes servis de la partie de l'exsudat extraite du plancher de la bulle par la méthode de la ventouse que nous avons déjà indiquée. De cette façon nous avions toutes les données pour juger si la réaction éventuellement provoquée par l'exsudat frais serait positive ou négative. En effet, puisque si nous avions trouvé que cette réaction était nettement supérieure à celle obtenue par le même exsudat chauffé à 48° ou à 58°, nous aurions dû conclure que la plus grande intensité de la réaction était due à l'activité biologique des tréponèmes. Il y avait encore une autre considération : une réaction inflammatoire provoquée par l'exsudat chauffé, contemporaine d'une réaction négative ou presque négative au niveau de l'inoculation d'exsudats banaux, aurait dû nous autoriser à conclure que la réaction positive était due aux tréponèmes morts contenus dans l'exsudat chauffé. Par notre méthode, nous avons éliminé cette incertitude d'interprétation qui se rencontre dans les travaux parus sur la même question et dans lesquels la positivité et la négativité des réactions dépendent de l'appréciation personnelle des divers auteurs (1).

D'après nos recherches sur 106 patients nous avons constaté que la réaction allergique est déjà constamment évidente après 14-16 heures (dans 2 cas seulement de syphilis secondaire latente la réaction se manifesta après 2 ou 3 jours) et que pendant LA PÉRIODE PRIMAIRE l'allergie apparaît assez précocement dans un pourcentage de 78 o/o sous forme de taches érythémateuses plus ou moins infiltrées ou de vraies papules nettement infiltrées de la durée de 3 ou 4 jours.

Dès l'apparition des MANIFESTATIONS SECONDAIRES la réaction allergique diminue un peu de fréquence, à peu près de 73 o/o (d'intensité et de durée). Dans les PÉRIODES DE LATENCE, soit spontanées, soit consécutives au traitement, la réaction allergique augmente et touche presque le 100 o/o.

Dans la période tertiaire, qu'elle soit accompagnée ou non, de

(1) Des réactions allergiques immédiates, consécutives à l'introduction de tréponèmes, caractérisées par des lésions érythémateuses, érythémato-œdémateuses, érythémato-papuleuses, érythémato-infiltrées, de la durée de quelques jours ont été observées par Cappelli, Pasini, Hashimoto, Baldi, etc.

manifestations en activité, l'allergie atteint le maximum d'intensité. Elle apparaît de 14 à 16 heures après l'inoculation sous forme d'une papule ou d'un nodule.

La réaction fut positive chez 3 paralytiques progressifs, sous forme d'un érythème modérément infiltré qui dura dans 2 cas trois jours, et dans l'autre sept jours. Sur 6 tabétiques, comme l'ont déjà signalé Pasini, Baldi, 5 présentèrent une réaction immédiate, nettement papuleuse, de longue durée, dont nous parlerons plus loin.

Des résultats analogues ont été obtenus par nous avec l'exsudat chauffé pendant deux heures à 48 ou à 58 degrés. Avec celui-ci cependant, on obtient régulièrement une réaction plus faible et de moindre durée, et souvent notablement inférieure à celle donnée par l'injection du même exsudat frais, mais presque toujours supérieure à la réaction consécutive à l'injection du liquide provenant de bulles de vésicatoire ou de neige carbonique. Avec ces derniers liquides en effet, ou bien nous n'avons eu aucune réaction, ou une réaction très faible, ou dans un petit nombre de cas, une réaction érythémateuse accompagnée d'une infiltration modérée. Considérant que l'injection d'un exsudat extrait d'une peau normale, provenant d'un individu sain ou syphilitique, faite à un syphilitique, ou bien ne donne aucune réaction, ou bien produit une réaction très modérée, presque toujours plus ou moins inférieure à celle provoquée par un exsudat riche en tréponèmes chauffés à 48 degrés ; considérant en outre, que parmi toutes les réactions les plus constamment intenses sont celles qui suivent l'inoculation de matériaux contenant des tréponèmes vivants, on peut conclure que la réaction allergique provoquée par l'exsudat frais provenant de manifestations secondaires, est due, au moins pour la plus grande part, à l'activité des tréponèmes qu'il contient. L'importance du rôle que joue, dans l'apparition des réactions allergiques, le tréponème *vivant* par rapport au tréponème *tué* par la chaleur, nous donne la raison des résultats en grande partie positifs que nous avons obtenus dans les périodes primaire et secondaire avec ou sans manifestations syphilitiques, alors que quelques auteurs avec la luétine ont obtenu un pourcentage notable ou même une totalité de résultats négatifs.

Pour compléter notre étude, nous avons pratiqué dans le même temps des injections de *sérum de cheval* et de *tuberculine* à

1 pour 10.000, dans le but de faire un parallèle entre la réaction allergique envers les tréponèmes d'une part, et les antigènes de nature variée, d'autre part.

Sur 36 cas, présentant une réaction allergique *plus ou moins intense envers les tréponèmes* (un en période primaire, 9 avec des manifestations secondaires, 13 en période secondaire latente, 6 avec des manifestations tertiaires y compris 4 tabétiques, et 7 en période tertiaire latente) 17 ont eu une réaction nulle ou presque nulle par le *sérum de cheval*, 11 une réaction modérée et huit une réaction intense. Sur ces huit dernières réactions, chez 3 sujets, la réaction aux tréponèmes était plus grande que la réaction au sérum de cheval ; chez 2 sujets la réaction aux tréponèmes était plus petite que la réaction au sérum de cheval ; chez un sujet la réaction aux tréponèmes était égale à celle produite par le sérum de cheval. Chez deux sujets on ne put établir une comparaison parce que si l'une des réactions était plus forte par son infiltration, l'autre l'était par son extension.

Pour 18 sujets chez lesquels la réaction aux tréponèmes était *modérée*, *faible ou absente* (2 en période primaire, 5 avec des manifestations secondaires, 3 en période secondaire latente, 2 en période tertiaire, 6 en période tertiaire latente) avec le sérum de cheval, nous eûmes parallèlement, réaction faible ou nulle 16 fois, la réaction aux tréponèmes étant généralement plus importante quoique faible : dans 2 cas seulement, on constata une réaction inverse.

Sur 22 cas avec réactions allergiques pour les tréponèmes *plus ou moins intenses* (5 avec manifestations secondaires, 10 en période secondaire latente, 4 avec manifestations tertiaires, 3 en période tertiaire latente) nous eûmes avec *la tuberculine*, 12 réactions faibles ou nulles, 10 plus ou moins intenses ; et sur 5 cas avec réactions allergiques pour les tréponèmes *faibles ou absentes* nous eûmes 5 réactions négatives à la tuberculine. Il est à noter qu'il n'existe pas de parallélisme constant entre les réactions au sérum de cheval et les réactions à la tuberculine, car il n'est pas rare de constater une réaction discrète pour l'un et négative pour l'autre.

Ces considérations confirment une fois encore que *la réaction provoquée par l'exsudat frais est spécifique, c'est-à-dire due en grande partie à sa teneur en tréponèmes et non à des protéines non spécifiques.*

Mais il résulte de nos recherches un autre fait déjà noté par quelques auteurs : chez 16 individus (2 avec des manifestations primaires, 2 avec des manifestations secondaires, 8 en période secondaire latente, 3 en période tertiaire latente, 1 avec syphilide tertiaire en activité) nous avons observé en un premier temps une réaction allergique érythématopapuleuse ou papuleuse immédiate, de la durée habituelle de quelques jours puis *après sa disparition complète* (8 cas) *ou après une régression partielle* (8 cas) l'apparition sur le même point d'un élément qui peu à peu prenait les caractères d'une manifestation syphilitique de la période secondo-tertiaire ou tertiaire. Nous en parlerons plus loin.

Chez d'autres individus, ce phénomène ne s'est pas produit, mais dans la majorité des cas cependant, nous n'avons pas eu la possibilité de suivre assez longtemps l'évolution du processus, soit par la nécessité particulièrement chez des malades en période primaire ou secondaire de ne pas trop retarder le traitement, soit parce que plusieurs malades se sont soustraits rapidement à notre observation, soit parce qu'ils se sont représentés après une absence trop prolongée. Mais nous avons gardé l'impression que, même cette catégorie de malades, si on avait pu les soumettre à une observation régulière, aurait donné à notre statistique la même proportion de résultats positifs.

Comment interpréter l'évolution de ces deux réactions, si nettement distinctes ?

Nous avons déjà démontré que la première réaction de nature allergique est déterminée, ou exclusivement ou pour la plus grande part, par l'activité des tréponèmes vivants dans le liquide infecté, et non par le matériel spécifique, non virulent (c'est-à-dire rendu non virulent par la disparition précoce des tréponèmes comme le pensait Neisser).

En ce qui concerne la seconde lésion, si on passe en revue les différentes interprétations émises sur sa nature on constate qu'il ne faut pas prendre en considération le traumatisme, si exagéré par Tarnowsky, comme agent pathogénique, car dans nos très nombreux contrôles, nous n'avons jamais constaté une lésion comparable même de loin à celles dont il s'agit. On ne peut interpréter davantage cette lésion comme étant une simple réaction allergique provoquée par un matériel spécifique non virulent (Neisser) puisque les nombreuses inoculations pratiquées avec un exsudat chauffé nous ont donné un résultat toujours négatif. Il

en est de même d'une soi-disant influence des germes banaux sur la production de la réaction, parce que, mise à part la technique scrupuleusement suivie par nous dans le prélèvement du matériel à inoculer, les lésions staphylococciques ont une évolution beaucoup plus aiguë, passant à la suppuration et se résolvant rapidement, et parce que aussi, on ne pourrait expliquer pourquoi des lésions analogues ne se sont jamais rencontrées au niveau des très nombreuses inoculations faites avec du liquide extrait par aspiration du fond des bulles de vésicatoire et de neige carbonique, inoculations qui sont exposées aux pyogènes de la même façon que les lésions spécifiques.

Par conséquent, force est de reconnaître que les lésions en question sont dues aux tréponèmes vivants. En effet l'aspect des lésions que nous décrirons plus loin, en tout et pour tout semblables aux lésions spontanées de la syphilis, l'ulcération qui souvent se manifeste au bout de trois ou quatre semaines après l'inoculation, la marche serpigineuse que prennent quelquefois les lésions, l'apparition de nouvelles lésions qui parfois s'observe tardivement autour de la lésion primitive, parlent décidément en faveur de cette interprétation. Ce qui lui donne plus de valeur encore, ce sont les observations, dont nous parlerons avec plus de détails, provenant d'autres auteurs et de nous-mêmes, où l'on a constaté des adénopathies satellites et, quoiqu'exceptionnellement, des roséoles diffuses.

Il est vrai cependant que dans nos cas, la recherche des tréponèmes a été négative, comme déjà l'ont constaté d'autres auteurs. Mais contrairement à ces résultats Finger et Landsteiner, Cappelli et deux fois Baldi, avec du matériel extrait de lésions spécifiques et inoculé à un macaque et à deux lapins ont obtenu le développement de syphilomes.

D'autre part, comme le fait observer Baldi, si les spirochètes inoculés étaient complètement et rapidement détruits par les moyens de défense de l'organisme, on ne s'expliquerait pas pourquoi les inoculations virulentes ont une évolution bien différente de celle des inoculations de contrôle faites avec le même matériel stérilisé.

Il n'est pas besoin d'argumenter pour repousser l'objection que les lésions peuvent être provoquées par des tréponèmes persistant à l'état latent dans la peau du sujet ou appelés au point d'inoculation par le traumatisme sous-épidermique, puisque c'est

seulement à la suite de l'introduction de tréponèmes vivants que se manifeste la lésion syphilitique succédant à la réaction allergique, alors que les réactions allergiques consécutives à l'introduction d'un exsudat chauffé, s'éteignent sans donner lieu à aucune manifestation.

Les rares constatations positives de tréponèmes dans les lésions démontrent que les tréponèmes, comme d'ailleurs cela se passe chez les lapins, diminuent rapidement dans les premiers jours qui suivent l'inoculation (Pasini) évidemment sous l'influence des moyens de défense de l'organisme, mais cependant ne disparaissent pas complètement : ce sont ces tréponèmes survivants auxquels on doit l'apparition de la lésion syphilitique et c'est précisément à cette rapide diminution des tréponèmes que selon toute probabilité on doit la disparition totale ou partielle des manifestations allergiques que nous avons assez souvent constatée et qui peut précéder l'apparition de la manifestation syphilitique.

La réaction évolue souvent un peu diversement chez les syphilitiques tertiaires, avec ou sans manifestations en activité. Sur 8 inoculations obtenues chez 12 sujets présentant des manifestations tabétiques ou cutanées tertiaires et sur 10 obtenues chez 23 sujets en période tardive mais latente, nous avons observé que la lésion qui suit immédiatement l'inoculation est ordinairement, comme nous l'avons vu plus haut, plus accentuée par son volume et plus infiltrée que celle que l'on obtient dans la période secondaire, cette lésion ne montrant d'ailleurs aucune tendance à la régression, et tendant au contraire pendant un certain temps (de 10 jours à un et même deux mois) à s'étendre et à modifier de diverses façons son aspect (Voir plus loin).

Nous pensons que l'on peut logiquement expliquer cette évolution particulière de la réaction, de cette façon : la lésion allergique suivant immédiatement l'inoculation, par sa plus grande infiltration, n'a pas le temps nécessaire pour commencer sa régression avant qu'apparaisse la seconde lésion syphilitique dans laquelle elle se continue pour ainsi dire insensiblement sans que le processus présente la plus petite solution de continuité. En faveur de cette interprétation parlent ces cas qui constituent des formes de passage entre les deux modes de la réaction et dans lesquels la deuxième phase commence quand la première lésion s'est en partie résolue.

En reprenant l'évolution du processus depuis le moment de l'apparition de la réaction allergique nous voyons que trois cas peuvent se présenter :

1° *La réaction s'éteint au bout de 2 à 3 jours.*

2° *La réaction allergique surtout dans la période secondaire se résout partiellement ou totalement : dans ce cas elle est remplacée après une période de latence de quelques jours par une lésion de caractère spécifique, ce qui laisse à bon droit présumer que l'activité du tréponème est d'abord inhibée mais se réveille ensuite en donnant lieu à des manifestations du type secondaire ou tertiaire.*

3° *La réaction allergique surtout dans la période tertiaire atteint déjà, 14 et 16 heures après l'inoculation, un notable degré d'intensité, ne montre dans les jours suivants aucune tendance à la régression et s'étend en superficie et profondeur en modifiant ses caractères de diverses façons.*

Mais les deux lésions figurant dans le paragraphe 2, celles qui se succèdent avec un certain intervalle, sont-elles à considérer comme étant nettement distinctes du point de vue pathogénique ou au contraire ne peuvent-elles pas plutôt être regardées toutes deux comme l'expression d'un même phénomène c'est-à-dire de l'allergie ?

Nous avons déjà démontré que la première lésion doit être interprétée comme une réaction allergique à l'égard du tréponème vivant. Quant à la seconde lésion, étant données les théories aujourd'hui dominantes, on doit admettre aussi sa nature allergique.

En effet, on considère maintenant les manifestations de la syphilis depuis le chancre jusqu'aux manifestations tertiaires comme des phénomènes d'hypersensibilité à l'égard des tréponèmes contenus dans les tissus. De même les différences notables qui caractérisent les manifestations des divers stades de la syphilis, doivent être considérées au moins pour la plus grande part comme correspondant aux variations de l'hypersensibilité allergique qui se manifeste déjà au début de l'accident primitif, va croissant avec l'apparition des manifestations secondaires pour atteindre son maximum avec la période tertiaire.

A l'appui de cette conception viennent les réactions provoquées par les cuti et intradermo réactions obtenues avec du matériel spécifique mort.

En effet, puisque les caractères des lésions produites par l'inoculation de tréponèmes vivants correspondent en tout et pour tout aux caractères des manifestations spontanées de la syphilis et puisque la morphologie est pareillement liée le plus souvent au stade dans lequel se trouve la syphilis, pour ces raisons nous pouvons les considérer elles aussi comme des manifestations d'allergie envers les tréponèmes inoculés.

Cependant si nous reprenons les divers résultats des inoculations que nous avons énoncés plus haut et si nous nous rappelons l'interprétation que nous venons d'en donner, nous pouvons conclure que la réaction allergique qui succède immédiatement à l'inoculation :

1° *Ou bien s'épuise après 1 à 3 jours définitivement.*

2° *Ou passe par deux phases séparées par une période de latence totale ou partielle : la première, étant représentée par une lésion immédiate, fugace ; la deuxième par une lésion à caractère nettement spécifique (surtout en période secondaire).*

3° *Ou bien surtout dans la période tertiaire se manifeste depuis le début avec une particulière intensité, sans présenter aucune solution de continuité dans son évolution et revêt rapidement le caractère des manifestations syphilitiques.*

Si nous voulons établir la durée de l'incubation des lésions de réinoculation dans les divers stades de la syphilis, nous devons naturellement tenir compte de la période qui s'écoule entre l'inoculation et l'apparition, non de la première lésion allergique, mais bien de la seconde lésion.

De notre statistique il résulte que *la période d'incubation tend à diminuer peu à peu à mesure que l'on s'éloigne de la période primaire.* Cette incubation est en conséquence de 13 jours chez les malades inoculés en période primaire; de 8 jours chez ceux inoculés en période secondaire, alors que presque constamment, dans la période tertiaire la durée de l'incubation se réduit presque à zéro puisque, comme nous l'avons vu, la réaction qui au bout de 14 à 16 heures succède à l'inoculation présente déjà une infiltration nette qui augmente graduellement dans les jours suivants et revêt rapidement les caractères d'une lésion spécifique.

*
* *

Les lésions spécifiques revêtent des caractères variés, comme l'ont déjà dit les auteurs.

A la période secondaire, elles apparaissent souvent sous forme de papules lenticulaires plus ou moins profondément infiltrées ; dans la période tardive au contraire surtout sous forme de nodules de couleur rouge cuivrée, caractère des manifestations syphilitiques, de diamètre variant de 6 à 12 millimètres, durs, profondément infiltrés, à bords nettement délimités, commençant le plus souvent après une période d'une vingtaine de jours leur



Fig. 1. — Lésions — obtenues avec le même exsudat — deux mois et demi après les inoculations. Dans les deux lésions supérieures, le processus évolua sans incidents ; dans les deux inférieures, l'inoculation fut suivie d'une suppuration.

régression qui se complète assez lentement, laissant une tache brun rosé. Dans quelques cas au contraire, la durée est beaucoup plus longue, aucun indice de régression ne pouvant être relevé encore au bout de 3 mois ; chez 9 de nos patients, le nodule commença par se recouvrir à son centre d'une croûte épaisse, jaune-brun, fortement adhérente, dont la chute mit en évidence une

ulcération plus ou moins profonde, à bords à pic, à fond sale, qui guérit peu à peu en laissant une cicatrice déprimée. Nous avons fréquemment constaté, en moyenne 17 à 18 jours après l'infection, autour du nodule l'apparition d'un halo de couleur rouge foncé de la largeur de 3 à 4 centimètres estompé à la périphérie, d'aspect identique à celui qui entoure les syphilides ecthymateuses, qui régressait en même temps que la lésion primitive. Chez 7 sujets nous observâmes l'apparition autour du nodule, de nombreuses papulettes, d'une grosseur variant de celle d'un grain de mil à celle d'une grosse tête d'épingle et même davantage, dures, luisantes, de sorte que l'aspect général reproduit le tableau de la syphilide corymbiforme, analogue aux faits observés par Finger et Landsteiner, Bogdanow, Piccardi (v. fig.). Dans un cas apparaît un petit groupe nettement délimité, de 9 papulettes lenticulaires, épaisses, sans ordre, autour du point d'inoculation. Chez deux autres apparurent des papulettes lichénoïdes, respectivement sur des taches banales de roséole, ou sur des cercles érythémateux. Chez deux autres enfin les lésions avaient des caractères bien plus modestes, et étaient simplement représentées par des taches de roséole urticarienne qui persistèrent longtemps sans changement.

L'examen histologique pratiqué sur des papules lenticulaires apparues au cours d'une syphilis récente asymptomatique a mis en évidence une parakératose discrète, de l'acanthose, une forte dilatation des vaisseaux sanguins, un important œdème inflammatoire dans les papilles du derme, une épaisse infiltration lymphocytaire dans les papilles et dans le derme sous-papillaire, infiltration qui va peu à peu en se limitant, à mesure qu'on se déplace vers le sous-cutané, autour des vaisseaux sanguins et des follicules pileux.

L'examen histologique pratiqué sur un nodule profond provoqué chez une syphilitique tertiaire, a montré une parakératose discrète, une acanthose peu accentuée, un fort œdème inflammatoire dans les papilles avec de rares lymphocytes, alors que l'infiltrat lymphocytaire était dense autour des vaisseaux dans le derme sous papillaire et dans le derme moyen. Dans les couches profondes, il y avait des nids importants nettement délimités par des faisceaux conjonctifs et constitués par des cellules épithélioïdes, des cellules géantes parfois énormes, et de rares lymphocytes.

Trois fois nous n'avons pas réussi à mettre en évidence des tréponèmes. Deux inoculations pratiquées dans le scrotum du lapin ne donnèrent aucun résultat ; l'une cependant provoqua au bout de deux mois et demi un ulcère dur, où toutefois nous ne trouvâmes pas de tréponèmes.

Les caractères cliniques des lésions provoquées sont en rapport en général avec le stade dans lequel se trouve la syphilis du sujet inoculé mais cela ne constitue pas tout à fait une règle comme l'observent Cappelli, Hashimoto, Baldi. Ainsi sur 12 individus qui ont réagi par la formation de gros nodules profondément infectés, 3 se trouvaient en période secondaire latente (9 à 18 mois) et sur 11 qui présentaient des lésions papuleuses ou de petits nodules, trois étaient atteints de syphilis depuis 3 ans 1/2 à 9 ans.

Mais plus curieuses sont les données qui concernent les réactions à type de roséole urticarienne ou corymbiforme. Des deux malades atteints des lésions du premier type, d'aspect tout à fait secondaire, qui durèrent respectivement 3 semaines et 2 mois, un se trouvait en période primaire et le deuxième, à 8 ans de l'infection. Des six qui présentaient des syphilides corymbiformes caractéristiques, l'infection datait respectivement de 23, 14, 4 années, et de 11, 10, 4 mois.

Les résultats obtenus dans le tabès sont dignes d'être notés, on en trouve peu de cas dans la littérature.

Bogdanow, sur 6 tabétiques obtint trois fois la forme d'infiltrat maculo-papuleux, Pasini, un résultat positif chez un tabétique, pendant que Piccardi n'avait que des résultats négatifs chez trois tabétiques. Sur les 6 tabétiques que nous avions inoculés, nous avons rencontré une fois une réaction faible, et chez les 5 autres, des réactions plus ou moins marquées, à savoir : chez deux d'entre eux, des réactions papuleuses d'une durée de 2 à 19 jours, et chez les 3 autres l'apparition de nodules infiltrés, de longue durée, dont l'un se compliqua, au bout de 19 jours, de nombreuses papulettes issues autour de lui, comme Bogdanow en a vu un cas, et l'autre aboutit à une ulcération persistant sans changement deux mois après l'inoculation. Ces résultats ajoutés aux résultats positifs cités ci-dessus *démontrent que dans le tabès, la superinfection peut être obtenue dans un pourcentage élevé de cas, alors que dans la paralysie progressive, les expériences de nombreux auteurs et les nôtres, sauf de très*

rares exceptions, démontrent l'état absolument réfractaire du tégument à l'égard du virus inoculé.

*
* *

A ce point de nos recherches, nous nous sommes demandés si la réaction se maintient constante pour chaque individu quelque soit la provenance de l'exsudat, ou si au contraire, à l'inoculation d'exsudats de diverses provenances, correspondent des réactions de caractères différents.

Nous avons pour cela établi l'expérience suivante : nous avons inoculé sur le même individu, en deux points voisins, 1/20 de centimètre cube d'exsudat provenant de plaques muqueuses d'un malade, et nous avons répété l'inoculation en deux points voisins avec la même quantité d'exsudat de plaques muqueuses d'un autre malade. Ces expériences ont été faites sur 14 malades atteints de manifestations primaire, secondaire et tertiaire, et nous avons obtenu ce qui suit :

a) 5 fois, une réaction égale sur les 4 points inoculés, aussi bien par l'intensité que par la durée.

b) 5 fois, une différence entre les deux groupes de réactions, plus ou moins accentuée par l'intensité de l'érythème et de l'infiltration dans les premières 24 heures et pendant les 2 ou 3 jours que dura la réaction.

c) Chez 2 malades, on obtint une différence immédiate dans la réaction des 2 groupes, qui se maintint sans changement même, respectivement, au bout de 1 mois et 1 mois 1/2.

d) 2 fois enfin la réaction fut la même dans les deux groupes, tout de suite après l'injection, et se maintint telle pendant 7 à 10 jours, mais plus tard se manifestèrent des différences notables : chez un malade après 16 jours les lésions d'un groupe disparurent pendant que les lésions du deuxième groupe subissaient une poussée. Chez un autre, 40 jours après l'inoculation, deux lésions de la première souche se maintinrent sous forme de taches lenticulaires, rosées, légèrement mais évidemment infiltrées, pendant que les lésions de la deuxième souche se présentaient sous forme de taches érythémateuses, de forme annulaire, non infiltrées, beaucoup plus étendues que les premières, et à bords estompés.

Comment peut-on interpréter ces différences ? On ne peut

admettre qu'il s'agisse d'accidents fortuits, parce que dans tous les cas rapportés, les deux réactions obtenues avec la même souche étaient identiques entre elles, les différences existant seulement entre les réactions provoquées par des souches différentes. Deux facteurs sont évidemment à prendre en considération : le nombre des tréponèmes contenus dans chacun des exsudats, ou bien les propriétés différentes de ces tréponèmes eux-mêmes.

En ce qui concerne le premier point, c'est-à-dire le nombre de tréponèmes inoculés, déjà entrevu par Neisser, par Jadassohn, il vient d'être mis en lumière par les expériences de Chesney Alan et Jarold Kemp et celles de Wakerlin, d'après lesquelles la durée de la période d'incubation du chancre chez le lapin est en rapport inverse avec la quantité de tréponèmes inoculés, bien que cette quantité soit sans importance pour le cours ultérieur de la syphilis ; résultat qui est invoqué pour expliquer la longueur anormale de certaines incubations observées chez l'homme (Montpellier).

Cependant, pour élucider cette question nous avons pris 5 malades dont 3 atteints de syphilis secondaire latente, et 2 de syphilis tertiaire latente. A chacun d'eux nous avons pratiqué sur le dos, 4 inoculations avec de l'exsudat pur (1re série), 4 inoculations avec même quantité d'exsudat dilué à parties égales soit avec de l'eau physiologique, soit avec du liquide extrait du plancher d'une bulle de vésicatoire obtenue chez le même donneur de tréponèmes, et enfin 4 inoculations avec l'exsudat dilué avec 3 parties des mêmes liquides. Nous avons observé que si chez 2 malades la réaction immédiate à l'exsudat pur était un peu supérieure à celle obtenue avec les dilutions, chez un la réaction était égale, et chez deux malades les différences légères au début disparaissaient dans les jours suivants.

Ces expériences bien que peu nombreuses, prouvent que le nombre des tréponèmes peut avoir une influence bien que limitée sur l'aspect de la réaction, mais que les différences peuvent disparaître au cours de l'évolution.

Nos résultats, comme l'on voit, ne présentent pas ces fortes différences citées par Bogdanow, d'après lequel l'inoculation d'un matériel riche en tréponèmes provoquait la formation d'une papule d'un centimètre de diamètre, pendant que trois autres faites avec un matériel moins riche en tréponèmes, étaient suivies

de la formation de papules d'un millimètre de diamètre. Au facteur « quantité » cependant, on ne peut indiscutablement rapporter toutes les différences que nous avons rencontrées chez nos 14 malades, car si ce facteur entre probablement en jeu dans les cas où les réactions de brève durée ont apparu d'intensité variée dès le lendemain de l'inoculation et se sont effacées au bout de 2 à 3 jours, on peut difficilement le mettre en cause dans tous les cas chez lesquels cette différence s'est maintenue pendant 30 à 45 jours, et à plus forte raison, pour ces malades chez lesquels les caractères de la réaction se maintinrent égaux pendant 7 à 10 jours et présentèrent seulement ensuite, des différences évidentes dans l'évolution et dans l'aspect des lésions, différences qui s'accentuèrent de 16 à 40 jours après l'inoculation. Dans ces cas, il est plus vraisemblable de supposer que dans un premier temps les tréponèmes de provenance variée ont provoqué une réaction égale, et que seulement après un certain temps, se sont manifestées les différentes propriétés inhérentes à chaque souche, par l'évolution différente des lésions provoquées.

Et notre conclusion se trouve confirmée par les notions récemment acquises sur ce sujet.

Mise à part la question de l'existence d'un virus dermotrope et neurotrope, il est reconnu aujourd'hui par des expériences sur des animaux, qu'il existe des souches de tréponèmes présentant des caractères biologiques particuliers, et que, passant de l'animal à l'homme, les superinfections se déroulent d'une façon différente suivant que le virus est hétérogène ou qu'il est autogène : tandis que selon Clément Simon, Gougerot, celui-ci serait plus actif, selon d'autres auteurs (Pinard, Trossarello, Cappelli, Pasini, Hashimoto et nous dans 2 cas) les lésions de superinfection s'observent plus souvent et plus intensément avec le virus hétérogène ; et tout récemment, lorsque le résultat de nos recherches allait être communiqué au congrès de Rome, Baldi communiqua avoir constaté avec la souche Truffi, par rapport à la superinfection chez l'homme, une activité plus grande que celle du virus Nichols et du virus autogène.

Retenons par conséquent que les différences d'aspect et d'évolution que présentent chez un même individu les lésions provoquées par des souches différentes, peuvent dépendre du nombre des tréponèmes inoculés et aussi des propriétés différentes des tréponèmes eux-mêmes.

De ce que nous venons d'exposer, il découle que le résultat des inoculations, immédiat ou tardif, est conditionné par deux facteurs : le terrain d'une part, et le tréponème d'autre part.

Mais il ne serait pas exact de considérer le facteur terrain seulement en fonction de la période dans laquelle se trouve la syphilis ; il résulte de nos expériences que le terrain peut dans bien d'autres conditions entrer en jeu dans la détermination des caractères des lésions de superinfection.

Un exemple nous en fut offert par un individu inoculé avec *2 souches différentes* et chez lequel plus d'un mois après l'inoculation, les 4 lésions prirent indistinctement une allure serpigineuse et s'entourèrent d'un halo rouge sombre parsemé de papulettes lichénoïdes et révélèrent ainsi un aspect particulier que nous n'avons jamais vu rapporté dans aucun travail, et qu'il ne nous fut plus donné d'observer. Le fait que cet aspect singulier fut obtenu répétons-le, avec deux souches différentes autorise l'hypothèse qu'il doit être attribué à une propriété particulière située dans l'individu lui-même.

Des conditions locales particulières strictement limitées au point d'inoculation peuvent aussi concourir à imprimer des caractères particuliers à l'évolution du processus. Balbi observa dans un cas, que la papule la plus belle se développa en un point qui fut pendant quelques jours souillé de germes banaux. D'un autre côté nous avons constaté deux fois un phénomène analogue. Chez un malade, au moment où trois lésions consécutives aux inoculations étaient presque guéries, une quatrième lésion, correspondant au point où s'était développée trois semaines auparavant une suppuration, se transformait en une grosse papule saillante. Chez un autre patient se développait un tableau encore plus suggestif. En deux points où la réaction s'était passée sans incident comme d'habitude, nous observâmes deux mois après l'inoculation, deux cercles identiques de forme et de surface, de la dimension d'une pièce actuelle de 5 lires, composés d'un semis de papulettes lichénoïdes juxtaposées, et en deux autres points où les injections avaient suppuré, apparaissait un tableau complètement différent, à savoir : un nodule aplati, entouré d'un ourlet large d'environ un centimètre, constitué par de très nombreuses papulettes lichénoïdes en grande partie confluentes (v. fig.).

Il est donc démontré que *le facteur individuel et des condi-*

tions locales particulières concourent aussi à conditionner la morphologie et l'évolution des lésions d'inoculation.

Une dernière question concerne la destinée des tréponèmes contenus dans les lésions. Y restent-ils localisés, ou en surpassent-ils les limites et se diffusent-ils dans l'organisme ?

La question est encore controversée, mais des faits récemment acquis, et ceux que nous avons observés apportent une contribution à sa solution. Déjà l'observation clinique a démontré la possibilité de superinfection généralisée (Ducrey, Scomazzoni, Stern, Lipskeroff, Ehrmann, etc.). Mais, en nous rapportant aux observations citées, l'apparition de petites lésions papuleuses autour de la lésion centrale principale, 2 à 3 semaines après le début de celle-ci, plaide comme nous l'avons dit déjà en faveur d'une diffusion des tréponèmes vers les régions voisines. Le résultat de la réaction de Wassermann dans quelques cas, vient à l'appui de cette thèse. Trossarello a constaté dans un cas, à la suite de l'infection de matériel hétérologue, une augmentation de la réaction, de ++ à ++++. Balbi dans trois cas, a vu la réaction de Wassermann et de Meinicke passer de la négativité à la positivité. D'un autre côté sur 15 sujets, nous avons constaté 5 fois le passage de la négativité à la positivité, c'est-à-dire dans une proportion de 30 o/o. Il faut cependant à ce propos faire remarquer que ce phénomène n'a qu'une valeur relative en ce qui concerne le problème qui nous occupe puisqu'il a été observé par Müller et Stein, Schmitter, Fagioli et Fisichella, Klausner, même à la suite d'infection de matériel contenant des tréponèmes morts (luétine).

Les faits concernant les ganglions lymphatiques satellites ont une valeur plus grande. Déjà Queyrat, Finger et Landsteiner avaient décrit une adénite satellite consécutive au syphilome de réinoculation produit pendant la deuxième incubation, fait confirmé par de nombreux auteurs. Cette adénite fut observée par Cappelli chez une vieille syphilitique, par Trossarello dans un cas de syphilis en période latente, par Balbi dans deux cas sur six pendant des périodes latentes précoce et tardive, et dans un cas, sur 4 syphilitiques tertiaires. Hashimoto dit avoir observé après la réaction d'inoculation une adénopathie toujours plus nette du côté inoculé.

Nous l'avons relevé dans 6 cas sur 16 soit dans la proportion de 30 o/o environ ; il s'agissait d'une adénopathie multiple, dure,

mobile, indolente, qui rappelait les caractères de l'adénite chancreuse, et qui dépendait évidemment d'une migration des tréponèmes venus de la lésion primitive.

En outre Trossarello chez son malade cité plus haut, vit au bout d'une soixantaine de jours, apparaître une roséole qui s'accentua à la suite d'une injection de salicylate de mercure. Hashimoto chez 6 sujets, assista à la formation d'un exanthème syphilitique généralisé.

Des faits analogues ont été observés par nous. Chez un malade dont la syphilis remontait exactement à 8 mois et dont le traitement avait été insuffisant, nous observâmes 58 jours après l'inoculation, en même temps qu'une ascension de la réaction de Wassermann à la positivité, l'apparition de papules muqueuses du scrotum.

Dans un second cas, où l'infection remontait à 3 mois, et où le Wassermann était +++, apparut 2 mois après l'inoculation, une roséole à grosses taches discrètes et présentant le type de la roséole de retour.

Dans un troisième cas en période de latence tardive (infection 4 années auparavant, traitement seulement pendant la première année, réaction de Wassermann ++++) se manifesta 60 jours après l'inoculation une roséole discrète à éléments un peu plus grands que ceux de la roséole primitive, ortiée en certains points, diffuse sur le thorax, et accompagnée d'une forte adénopathie satellite.

Dans un quatrième cas (syphilis ignorée, réaction de Wassermann ++++ il y a 4 ans et actuellement, traitement insuffisant), bien que le malade fut dans une période de latence tardive, apparut sur le thorax 42 jours après l'inoculation une roséole typique à taches lenticulaires très nombreuses.

Dans les quatre cas, les lésions d'inoculation étaient en pleine efflorescence et coexistaient avec la roséole.

Le premier cas n'est pas complètement démonstratif d'une superinfection, parce que la date relativement récente de l'infection et la localisation des lésions en une seule région, peuvent laisser croire au développement spontané de ces lésions, indépendamment de l'inoculation.

Le second cas est plus démonstratif, en ce sens que la roséole est apparue 60 jours après l'inoculation, c'est-à-dire après une période égale à celle qui s'observe normalement dans le cours

de la syphilis et que nous avons constatée dans le premier et dans le quatrième cas, et aussi dans le cas de Trossarello.

Mais où il ne peut subsister aucun doute, c'est dans les cas 3 et 4, où l'époque éloignée de l'infection, la période d'incubation, les caractères de l'exanthème et l'engorgement ganglionnaire qui l'a précédé, témoignent et avec évidence du rapport qui existe entre ces phénomènes et l'inoculation.

Ces deux derniers cas méritent d'être mis particulièrement en évidence par le fait que, mis à part un cas de Hashimoto, ce sont les premiers cas dans la littérature où l'exanthème roséolique diffus, apparu plusieurs années après l'infection, exclut la possibilité que cet exanthème puisse constituer un symptôme de la première infection et démontre au contraire avec évidence son étroit rapport avec la superinfection.

En effet, les cas de Trossarello, de Hashimoto, où se manifesta un exanthème syphilitique généralisé, appartiennent à la période primaire (un cas de Hashimoto) ou secondaire (un cas de Trossarello, 4 de Hashimoto). Seul le dernier cas de Hashimoto fut observé au cours d'une syphilis nerveuse.

Et que dans nos cas il s'agisse d'une superinfection et non d'une réinfection, cela est démontré non seulement par la réaction de Wassermann qui était positive avant l'inoculation mais aussi par la très courte période d'incubation, et par les caractères de la lésion d'inoculation qui correspondaient à ceux des lésions tertiaires (noueuses, tubéro-serpigineuses, nodulo-ulcéreuses).

Il est donc permis de déduire au moins pour les deux derniers cas, qu'à la première infection, s'en est superposée une seconde généralisée, dont le début est contresigné par l'apparition au point d'inoculation d'une lésion qui ne possède pas les caractères du syphilome initial, mais grâce à une réaction modificatrice de la peau, comme le fait justement remarquer Cappelli, revêt l'aspect des manifestations correspondant à la période où se trouve la syphilis.

On peut donc conclure que :

a) *Dans un important pourcentage de cas, la lésion d'inoculation naît, évolue et disparaît exclusivement au point d'inoculation.*

b) *Dans une autre catégorie de malades, cette lésion dépasse ces limites prenant des caractères imposés par une diffusion limitée du virus syphilitique et par les conditions allergiques*

locales, les ganglions satellites pouvant d'ailleurs être atteints.

c) *Dans quelques cas enfin, une diffusion du tréponème dans l'organisme est mise en évidence par l'apparition de manifestations du type secondaire.*

Mais dans le premier et le deuxième cas, l'absence d'exanthème diffus ne permet pas, à notre avis, d'exclure d'une façon absolue, la généralisation du virus.

L'on sait en effet, que les tréponèmes chez un individu sain, passent directement du point d'inoculation dans la circulation et se diffusent dans tout l'organisme. Mais ce n'est pas une raison pour nier que le même phénomène ne se vérifie dans les superinfections expérimentales où le matériel est particulièrement abondant en tréponèmes. D'autre part, puisque la syphilis peut évoluer asymptomatiquement chez le lapin aussi bien que chez l'homme et puisque chez le premier également peut évoluer une superinfection, on ne peut exclure *a priori* que la même évolution asymptomatique ne puisse succéder à une superinfection chez l'homme.

Il est donc possible qu'une diffusion du virus dans l'organisme se produise plus souvent qu'il ne semble et que l'absence de manifestations cutanées diffuses dépende de l'immunité partielle acquise par les téguments.

Conclusions

1° *La réaction allergique provoquée chez les syphilitiques à l'aide de tréponèmes vivants (introduits sous l'épiderme avec un exsudat provenant de manifestations contagieuses) est, de règle, supérieure par son intensité et sa durée à celle que provoquent les mêmes tréponèmes tués par la chaleur.*

2° *La proportion des réactions positives obtenues avec l'exsudat frais pendant les périodes primaire et secondaire est notablement supérieure à la proportion obtenue avec la luétine.*

3° *Il n'existe pas de parallélisme entre la réaction allergique envers le tréponème d'une part et, d'autre part, la réaction envers le sérum de cheval et la tuberculine ; dans une grande proportion la première est nettement positive, tandis que la deuxième est négative, ou presque.*

4° *La réaction allergique :*

a) *ou s'épuise après 1, 2, 3 jours, sans être suivie d'aucune autre manifestation ;*

b) *ou bien (surtout dans la période secondaire) parcourt deux phases séparées par une période de latence totale ou partielle, la première représentée par la lésion immédiate, fugace, la deuxième ayant un caractère spécifique et une plus ou moins longue durée ;*

c) *ou bien (surtout dans la période tertiaire) la réaction allergique se manifeste depuis le début avec une particulière intensité, et, sans présenter aucune solution de continuité dans son évolution, revêt rapidement les caractères d'une manifestation spécifique.*

5° *Les lésions revêtant les caractères de la spécificité, ne sont dues ni au traumatisme, ni au matériel spécifique avirulent, ni à des germes banaux, mais bien aux tréponèmes inoculés ; ce sont donc de vraies lésions de réinfection.*

6° *La période d'incubation des lésions en question tend à s'écourter à mesure que l'on s'éloigne de la période primaire pour arriver presque à zéro dans la période tertiaire.*

7° *Les caractères des lésions sont généralement en rapport avec la période dans laquelle se trouve la syphilis de l'individu inoculé, mais cependant les exceptions ne sont pas rares.*

Ordinairement, les plus accentuées s'observent dans les périodes tardives de la syphilis. Le tabès donne un pourcentage élevé de résultats positifs, tandis que dans la paralysie générale, le résultat est négatif.

8° *A l'inoculation chez le même syphilitique, d'exsudats frais de diverses provenances, peuvent correspondre des lésions d'évolution et d'aspect divers, ce qui peut s'expliquer par le plus ou moins grand nombre de tréponèmes inoculés, mais surtout, peut-être, par les différentes propriétés des tréponèmes eux-mêmes.*

9° *Outre les facteurs énoncés ci-dessus, le facteur individuel, et des circonstances locales particulières, strictement limitées au point d'inoculation, concourent à déterminer la morphologie et l'évolution des lésions.*

10° *Dans un bon nombre de cas, la lésion d'inoculation naît, évolue, et disparaît exclusivement au point d'inoculation.*

Dans une autre catégorie de malades, cette lésion dépasse ces limites, prenant des caractères imposés par une diffusion

limitée du virus syphilitique et par les conditions allergiques locales, les ganglions satellites pouvant d'ailleurs être atteints.

Dans quelques cas enfin, une diffusion de tréponèmes, dans l'organisme est mise en évidence par l'apparition de manifestations du type secondaire.

11° *Il est donc possible que dans la superinfection une diffusion du virus dans l'organisme se produise plus souvent qu'il ne semble, et que l'absence de manifestations cutanées diffuses dépende de l'immunité partielle acquise par les téguments.*

LE DIAGNOSTIC SÉROLOGIQUE DE LA SYPHILIS CHEZ LES LÉPREUX

Par J. MARGAROT et P. DEVEZE, de Montpellier.

Malgré les réserves de quelques auteurs, on admet généralement que les réactions sérologiques employées pour le diagnostic de la syphilis sont souvent positives chez les lépreux non-syphilitiques.

Il est possible que l'emploi de certains antigènes permette un jour de modifier cette formule (1).

Pour l'instant, avec les techniques en usage, ces résultats positifs ne peuvent être niés. Il faut compter avec eux et, le cas échéant, savoir les interpréter.

A la troisième conférence internationale de la lèpre, tenue à Strasbourg en 1923, MM. Jeanselme, Paul Blum, Marcel Bloch et Edouard Terris ont extrait des diverses publications la statistique suivante :

Au cours de la lèpre tubéreuse, la réaction de Wassermann est positive dans 50 à 75 o/o des cas ;

Au cours de la lèpre mixte, elle est positive dans 20 à 30 o/o des cas ;

Au cours de la lèpre nerveuse, elle est positive dans 3 à 8 o/o des cas.

Les recherches des mêmes auteurs, portant sur 10 cas, établissent que les réactions positives sont fréquentes au cours des phases évolutives de l'affection et, en particulier, dans les formes tubéreuses. La moyenne est de 30 o/o pour la réaction de Wassermann proprement dite, elle s'élève à 60 o/o avec celle de Hecht, elle est de 40 o/o si l'on utilise la technique de Calmette et Massol, de 30 o/o avec celle de Levaditi. La réaction de Jacobsthal a toujours été négative.

(1) Kolmer obtiendrait toujours des résultats négatifs avec son antigène standardisé (*Arch. of Derm. and Syph.*, juillet 1923, p. 63).

Il existe donc de grandes différences suivant les méthodes employées.

Les faits personnels que nous avons pu grouper depuis 1922 nous ont permis de vérifier cette notion en la précisant par une remarque. Les résultats ne sont pas simplement dissemblables, ils présentent une discordance paradoxale. Leur comparaison fait apparaître une contradiction singulière :

La réaction, fortement positive avec un antigène, est complètement négative avec un autre, ou se montre très faiblement positive.

Cette particularité, qui ne semble pas avoir jusqu'à présent attiré l'attention, se dégage nettement de nos observations et se retrouve dans les graphiques présentés à la troisième conférence de la lèpre par M. Jeanselme et ses collaborateurs.

Nous avons utilisé trois antigènes :

1° Un antigène fourni par l'Institut Pasteur de Paris (Antigène I. P.) ;

2° Un extrait alcoolique de cœur de veau (Bordet-Ruelens) (Antigène B.) ;

3° Un extrait alcoolique de foie de nouveau-né hérédo-syphilitique, préparé par macération de pulpe de foie desséché dans l'alcool absolu, à raison de 10 grammes de poudre pour 100 grammes d'alcool (Antigène de l'Institut Bouisson-Bertrand) (I. B.-B.).

Deux réactions ont été pratiquées avec chacun d'eux : l'une avec le sérum non chauffé, l'autre avec le sérum chauffé.

I. Lid. Ros... *Lèpre tuberculeuse.*

8 mars 1922 :

Sérum non chauffé (Ant. I. P., Résultat négatif; Ant. B., retard d'hémolyse).

Sérum chauffé (Ant. I. P., négatif; Ant. I. B.-B., fortement positif).

1er avril 1922 :

Sérum non chauffé (Ant. I. P., très léger retard d'hémolyse; Ant. B., retard d'hémolyse).

Sérum chauffé (Ant. I. P., retard d'hémolyse ; Ant. I. B.-B., fortement positif).

27 janvier 1923 :

Sérum non chauffé (Ant. I. P., retard d'hémolyse ; Ant. B., très léger retard d'hémolyse).

Sérum chauffé (Ant. I. B.-B., positif fort).

II. Bo. Je... *Lèpre tuberculeuse* (poussée évolutive).
11 décembre 1922 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., positif ; Ant. B., négatif ; Ant. I. B.-B., fortement positif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., négatif; Ant. B., négatif ; Ant. I. B.-B., retard d'hémolyse).
27 janvier 1923 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., positif ; Ant. B., faiblement positif).
Sérum chauffé (Ant. I. B.-B., fortement positif).

III. Sev. Vic... *Lèpre mixte.*
25 mai 1923 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., négatif ; Ant. B., négatif).
Sérum chauffé (Ant. I. B.-B., fortement positif).

IV. S. N... *Lèpre maculeuse. Syphilis associée probable, d'après les commémoratifs.*
2 avril 1924 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., fortement positif ; Ant. B., fortement positif ; Ant. I. B.-B., fortement positif).
Sérum chauffé (Ant. I. B.-B., fortement positif).

V. Da... *Lèpre nerveuse et syphilis probable, d'après les commémoratifs.*
18 décembre 1925 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., fortement positif ; Ant. B., fortement positif ; Ant. I. B.-B., fortement positif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., fortement positif ; Ant. B., fortement positif ; Ant. I. B.-B., fortement positif ; Vernes : 20).

VI. Mé..., père. *Lèpre tubéreuse.*
13 mars 1926 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., négatif ; Ant. B., négatif ; Ant. I. B.-B., fortement positif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., négatif ; Ant. B., négatif ; Ant. I. B.-B., faiblement positif).

VII. Mé..., fils 5 ans. *Lèpre au début* (tubéreuse).
15 avril 1926 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., négatif ; Ant. B., négatif ; Ant. I. B.-B., négatif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., négatif ; Ant. B., négatif ; Ant. I. B.-B., négatif).

VIII. A. Co... *Lèpre nerveuse. Pelade.*
16 juillet 1926 :

Sérum non chauffé (Ant. I. P., négatif; Ant. B., négatif; Ant. I. B.-B., négatif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., retard d'hémolyse; Ant. B., négatif; Ant. I. B.-B., positif).

IX. La. Ré... *Lèpre tubéreuse* (en évolution, au début).
8 décembre 1926 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., faiblement positif; Ant. B., retard d'hémolyse; Ant. I. B.-B., positif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., retard d'hémolyse; Ant. B, négatif; Ant. I. B.-B., positif).

X. D. H. S. de B... *Lèpre mixte* (en évolution).
18 février 1927 :
Sérum non chauffé (Ant. I. P., faiblement positif; Ant. B., positif; Ant. I. B.-B., fortement positif).
Sérum chauffé (Ant. I. P., très léger retard d'hémolyse; Ant. B., faiblement positif; Ant. I. B.-B., très léger retard d'hémolyse).

Les mêmes antigènes employés avec le sérum de plusieurs milliers de malades non lépreux ont toujours donné des réactions comparables entre elles. Lorsqu'une recherche est négative avec l'un d'eux, ont peut observer avec un autre un retard d'hémolyse ou même un résultat faiblement positif, mais jamais une réaction très forte ou simplement moyenne. Seul le sérum de certains lépreux nous a donné les résultats paradoxaux que nous signalons.

La discordance est nette dans les observations I, II, III, VI et IX.

L'histoire et l'examen ne permettent pas de penser à la coexistence d'une syphilis; nous croyons que cette dernière affection doit être éliminée. L'influence du traitement a été nulle dans le seul cas qui ait pu être suivi (I).

Par contre, on trouve dans les antécédents de deux sujets (IV et V) des indices d'une syphilis surajoutée.

Il s'agit de formes nerveuses, au cours desquelles le Wassermann est négatif dans 95 o/o des cas. Les réactions sont concordantes et fortement positives. Le diagnostic de vérole associée nous paraît devoir être porté.

L'interprétation de la dixième observation est plus délicate. Les différences sont moins accusées entre les réactions, la coexistence des deux affections est possible, mais non démontrée. De nouvelles recherches doivent être faites.

Pour conclure, en l'absence de commémoratifs et de signes cliniques, *la syphilis est probable* chez un lépreux lorsque le malade, *en dehors de toute poussée évolutive*, présente *avec des antigènes différents des réactions sérologiques persistantes et d'intensité comparable.*

Par contre, et plus spécialement dans les formes tubéreuses, l'hypothèse d'une syphilis concomitante nous semble pouvoir être écartée (sous les réserves que comporte une semblable élimination chez tous les sujets) :

1° Lorsque le traitement antisyphilitique est sans influence sur la réaction (Jeanselme).

2° Lorsque les réactions présentent des variations en rapport avec les poussées évolutives de la maladie (Jeanselme).

3° *Lorsque la comparaison des résultats des examens sérologiques pratiqués avec divers antigènes met en évidence des discordances se traduisant par un graphique paradoxal : une ou deux réactions étant très fortement positives et les autres négatives ou très faiblement positives.*

Les deux premiers moyens de vérification, indiqués par M. Jeanselme et ses collaborateurs, demandent, au minimum, l'un plusieurs semaines, l'autre de nombreux mois. Les recherches doivent s'échelonner dans le temps.

Le troisième peut fournir, dès les premiers examens, une notion précise, immédiatement utilisable dans la discussion du diagnostic de syphilis concomitante.

SUR UN CAS DE DERMATITE PAPULO-KÉRATOSIQUE SCORBUTIQUE

Par S. THEODORESCOU
(Assistant de la clinique).
Clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest
(Directeur : M. le Professeur S. Nicolau).

Sous le nom de *Dermatite papulo-kératosique scorbutique*, Nicolau a décrit en 1919 (1) une éruption spéciale, qu'il a eu l'occasion d'étudier pendant la grande guerre chez des scorbutiques, dans l'armée roumaine, et a insisté à cette occasion sur les relations causales existant entre cette éruption et le scorbut.

Dans les cas de scorbut confirmé, cette éruption ne constitue certainement qu'une manifestation d'importance plutôt secondaire par rapport aux autres symptômes généraux de la maladie et n'offre qu'un intérêt purement dermatologique. Ce qui confère à cette éruption un intérêt spécial, c'est le fait d'apparaître habituellement comme une manifestation précoce, précédant les symptômes caractéristiques du scorbut de sorte qu'à côté de l'héméralopie, de l'asthénie générale et des douleurs névralgiques, elle constitue un précieux symptôme d'alarme permettant de dépister la maladie de fond. C'est là un fait sur lequel Nicolau a insisté déjà.

Dernièrement nous avons eu l'occasion d'observer, à la Clinique Dermatologique de Bucarest, un cas, rentrant dans le cadre dermatologique décrit par Nicolau, dans lequel la constatation de cette éruption révélatrice nous a mis sur la voie de la découverte d'un scorbut fruste. Le fait offrait d'autant plus d'intérêt que les conditions actuelles d'existence n'étaient pas de nature à nous faire songer à la possibilité de l'existence de cette avitaminose.

(1) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, vol. VII (1918-1919, p. 399).

Le malade I. P..., porcher, entre dans le service dermatologique au mois de mai 1927 pour une éruption presque généralisée, constituée en entier par des lésions folliculaires et périfolliculaires.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux ne présentent aucune importance.

Comme antécédents personnels, il nous déclare qu'il aurait eu la diphtérie à l'âge de 6 ans, mais depuis lors jusqu'à la dermatose



Fig. 1.

actuelle, il ne se souvient pas d'avoir souffert d'aucune autre affection.

Son alimentation durant les derniers temps a été des plus pauvres, consistant d'habitude en bouillie de farine de maïs, chou aigre, piments, haricots secs et très rarement de la viande. Comme légumes verts, il ne consommait que de l'oignon et de l'ail. Il nie les excès alcooliques.

La maladie actuelle dure depuis environ 3 mois. Le premier symptôme qui ait attiré son attention a été une diminution progressive de

l'acuité visuelle vers le soir ; aussitôt le soleil couché, le malade s'orientait assez difficilement et, pendant la nuit, il ne pouvait plus rien distinguer. Quelques jours plus tard, il a commencé à sentir des douleurs névralgiformes générales, mais plus prononcées dans les régions scapulaires, lombaires, dans les cuisses et les jambes. Presque en même temps il a observé que les gencives avaient commencé à saigner.

Tous ces symptômes étaient accompagnés d'une perte progressive des forces et d'étourdissements qui l'empêchaient de travailler comme auparavant.

Environ 15 jours après le début de l'héméralopie qui constitua, ainsi qu'il a été dit, chez lui, la première manifestation morbide, il commença à présenter une éruption qui, ayant débuté aux jambes, s'étendit peu à peu aux cuisses, aux fesses, aux bras et aux avant-bras, au cou, au visage et en dernier lieu, à la région abdominale. C'est à cause de cette éruption qu'il vient consulter à notre Clinique.

De taille moyenne, avec le système osseux et musculaire bien développés, mais sans embonpoint, pesant 51 kilogrammes, notre malade présente une éruption presque généralisée, disposée symétriquement, occupant les membres supérieurs et inférieurs, une partie du visage et du cou, une grande partie du tronc, mais respectant entièrement le cuir chevelu, la région sternale, la région dorso-lombaire, les aisselles, les parties antérieures des bras et une partie des avant-bras, les mains et les pieds.

Voici la description plus détaillée de l'éruption suivant les régions :

Visage. — Le front et spécialement les joues sont le siège de quelques lésions papuleuses à siège folliculaire, ayant la plupart les dimensions d'une tête d'épingle et d'aspect comédonien ; d'autres un peu plus grandes, atteignant la grandeur d'une lentille, se présentaient comme de petites papules rougeâtres offrant au centre un point blanchâtre, début d'une minuscule collection purulente. En outre de ces lésions, les joues étaient encore parsemées d'une multitude de petites cicatrices légèrement pigmentées, les unes rondes comme une tête d'épingle, les autres un peu plus grandes et de forme irrégulière.

Au cou l'on n'observe que sur la partie antérieure et latérale quelques papules périfolliculaires rougeâtres, de la dimension d'un grain de lentille et présentant à leur centre une certaine hyperkératose.

Membres supérieurs. — L'éruption prédomine sur les parties d'extension des bras et des avant-bras. Elle était plus discrète sur la face antérieure des avant-bras surtout vers leur tiers inférieur, et manquait tout à fait sur la face antérieure des bras. L'éruption était constituée ici aussi par de petites papules folliculaires, la plupart de la grosseur d'une tête d'épingle au centre desquelles se dessinait un bouchon d'hyperkératose, tantôt sans relief, affectant un aspect comédonien, tantôt faisant un relief appréciable, donnant au toucher une sensation de râpe.

A part, ces petites lésions rappelant la kératose folliculaire, la peau

était parsemée d'autres plus grosses atteignant la dimension d'une lentille, ayant un relief assez prononcé, d'apparence nettement papuleuse, de couleur rougeâtre et recouvertes d'une squame fine, audessous de laquelle on pouvait voir au centre de l'élément un bouchon kératosique assez net. La plupart des lésions décrites étaient isolées ; quelques-unes cependant confluaient en petit nombre constituant des placards plus ou moins grands. Parmi les éléments décrits, on en voyait d'autres encore plus gros, atteignant la grosseur d'un grain de maïs, d'une couleur brun foncé, virant vers la teinte ardoise et recouverts d'une squame épaisse et adhérente.

On distinguait aussi dans cette région quelques éléments papulo-pustuleux, ressemblant à des éléments d'acné.

Membres inférieurs. — Ceux-ci étaient le siège de lésions semblables à celles décrites plus haut, avec cette différence que sur les jambes on voyait des éléments encore plus grands, atteignant ici la dimension d'un haricot, couverts d'une squame bien plus épaisse et réunis

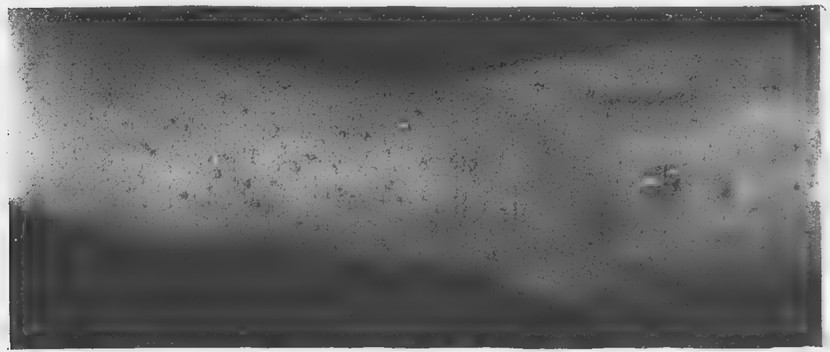


Fig. 2.

par endroits par 4 à 5 éléments, dessinant de ce fait des placards de forme irrégulière. Leur couleur était également plus foncée, brune noirâtre ou ardoisée. Sur les cuisses comme sur les jambes on voit également un certain nombre de cicatrices rondes, légèrement déprimées, pigmentées, atteignant la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Tronc. — Sur l'abdomen l'éruption est plus abondante autour de l'ombilic et plus discrète sur les flancs. Les éléments qui la constituent sont de type atténué et consistent en petits soulèvements kératosiques avec siège folliculaire ou en petites papules ou papulo-pustules périfolliculaires.

Sur le thorax, l'éruption présente presque le même type et n'en occupe que les parties latérales. La région médio-thoracique antérieure et postérieure est complètement respectée.

Sont également respectées les régions périanale, périnéale et le scrotum.

Sur le pénis on trouve vers la base des éléments comédoniens atteignant jusqu'à la grosseur d'une tête d'épingle et parmi eux on observe des cicatrices petites et irrégulières.

Du côté des organes internes, nous n'avons constaté rien d'anormal.

L'examen oculaire (Prof. Manolescou) a donné ce qui suit : pour les deux yeux, le fond de l'œil normal. Le champ visuel normal pour le blanc et les couleurs. Le sens lumineux diminué pour le blanc, le rouge et le bleu (1/4 à l'app. pour la détermination du sens lumineux de Birch-Hirschfeld). Acuité visuelle normale.

Réactions de Wassermann et de Meinicke normales.

L'urine contient de faibles traces d'albumine sans présence d'éléments rénaux. Pas de glucose. Urée, 17,12 o/oo ; chlorures, 6,30 o/oo ; phosphate, 2 o/oo ; acide urique, 0,43 o/oo.

Examen du sang :

Globules rouges. . . .	4.200.000 par mm³
Globules blancs	7.500 —

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles . . .	67 o/o
Polynucléaires éosinophiles . . .	4 »
Mononucléaires grands et moyens .	14 »
Lymphocytes	12 »
Formes de transition	3 »

Temps de coagulation du sang : normal.

Réaction à la tuberculine : intradermo-réaction et Morro négative.

Examen histo-pathologique. — Les follicules pileux sont dilatés par endroits d'une manière kystique, leur intérieur étant rempli par une masse hyper-kératosique stratifiée d'une façon plus ou moins concentrique. Au niveau de l'épiderme péri-folliculaire, la couche granuleuse est très épaissie. La couche malpighienne, par endroits atrophiée, se trouve dans d'autres en état d'acanthose et de prolifération manifeste. Dans la couche dermo-papillaire on observe autour des follicules une infiltration constituée par des cellules rondes et des cellules d'apparence conjonctive.

Evolution. — Sous l'influence d'une alimentation rationnelle contenant comme vitamine C, en plus de légumes et de fruits frais, du jus de citron (2 à 3 citrons par jour) et d'injections de cacodylate de soude, l'état général du patient s'est rapidement amélioré, le malade gagnant plus de 2 kilogrammes de poids pendant son séjour à l'hôpital. Les douleurs névralgiformes ont disparu et l'héméralopie a complètement régressé. L'examen oculaire fait le 21 juillet par le professeur Manolescou, a montré que le sens lumineux pour le blanc et les couleurs était revenu à la normale.

Parallèlement à l'amélioration de l'état général, l'éruption a commencé aussi à se résorber *sans l'intervention d'aucun traitement local.* Les éléments papuleux s'aplatissaient, les bouchons kératosiques s'éliminaient petit à petit et les lésions ont fini par disparaître, les plus grandes laissant à leur place une cicatrice ronde ou légèrement irrégulière, un peu déprimée, décolorée au centre et fortement pigmentée à la périphérie (couleur ardoise).

Le malade complètement guéri, quitte notre service le 25 juillet 1927.

Ainsi qu'il résulte de la description, que nous venons de donner, il s'agit dans notre cas d'une éruption parfaitement identique à celle décrite par Nicolau, dans le scorbut confirmé. Chez notre malade, à la différence des cas étudiés par cet auteur, il s'agissait d'un scorbut fruste, à son début, observé dans un milieu non épidémique, d'un scorbut « de paix ».

L'importance du cas observé par nous réside surtout dans le fait qu'il confirme, d'une façon indiscutable, la relation causale entre cette éruption et le scorbut. Cette relation a été affirmée dès le début par Nicolau, mais les circonstances résultant de l'état de guerre, ne lui ont pas permis d'en faire la démonstration par l'épreuve du traitement.

En effet, notre malade étant soumis au traitement causal de son avitaminose et pouvant être suivi un temps sufisamment long, nous avons assisté parallèlement avec la régression des phénomènes scorbutiques (héméralopie, douleurs névralgiformes, hémorragies gingivales, mauvais état général), à l'effacement progressif des manifestations cutanées, qui disparurent complètement, 7 à 8 semaines après l'institution du traitement étiologique.

C'est une éruption sans doute rare en temps de paix, se produisant sporadiquement chez des individus ayant une alimentation carencée. En temps de guerre, avec l'apparition du scorbut, elle peut prendre par contre une grande extension.

Nicolau, à l'occasion d'une grande épidémie de scorbut qui a sévi dans l'armée roumaine pendant la grande guerre, l'a observé à des degrés variables, chez presque la moitié des scorbutiques.

L'éruption était des plus précoces, se manifestant comme signe avant-coureur du scorbut confirmé. Très peu prononcée au début, réclamant parfois un examen attentif pour être découverte, elle augmente d'intensité, si le traitement causal n'intervient, à mesure que les phénomènes scorbutiques s'affirment et s'aggravent.

C'est une éruption des plus caractérisées tant par sa topographie que par la morphologie et l'évolution des éléments qui la composent. Non prurigineuse, symétrique, presque généralisée, elle commence d'habitude à la partie antéro-interne des avant-bras, et antéro-externe des cuisses et souvent aussi dans la région sous-ombilicale, pour s'étendre ensuite progressivement sur le reste du tégument, en respectant toutefois presque tou-

jours le cuir chevelu, les aisselles, le thorax, l'extrémité inférieure des avant-bras et des jambes, les mains et les pieds, ainsi que les régions périnéale et périanale.

La lésion élémentaire primitive est constituée par une petite papule cornée, avec siège folliculaire, très ressemblante à celle de la kératose folliculaire. Cette lésion élémentaire, qui intéresse la presque totalité des follicules des régions atteintes, s'infiltre petit à petit et donne naissance à des papules périfolliculaires de grandeur variable depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de maïs et même plus grandes, dont la couleur varie depuis le rouge foncé ou violacé, jusqu'à la teinte noirâtre de l'ardoise. Elles sont rondes, dures au toucher et présentent au centre un bouchon kératosique très prononcé. Parmi ces papules périfolliculaires, on peut voir aussi des papulo-pustules rappelant des éléments d'acné.

Dans les cas de scorbut grave, avec cachexie prononcée, Nicolau a observé, sur les cuisses ou les jambes, des ulcérations pouvant parfois atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs, ayant pris leur point de départ dans les éléments papulo-pustuleux mentionnés. Ces ulcérations laissent toujours de larges cicatrices, déprimées et parfois irrégulières.

D'une manière générale les éléments décrits atteignent le plus grand développement sur les membres supérieurs et inférieurs, ne dépassant pas dans les autres régions la dimension d'un grain de chènevis. Les éléments éruptifs ne présentent aucune sorte de groupement, criblant la surface de la peau suivant la topographie folliculaire. Il n'est pas rare toutefois d'observer dans les cas avancés, un certain nombre d'éléments confondus par leurs bords, donnant naissance à de petits placards de forme irrégulière.

Le diagnostic de l'éruption est assez facile, quand on la connaît. A un examen superficiel ses formes atténuées pourraient être confondues avec la *kératose pilaire*, mais la différenciation peut se faire facilement si l'on tient compte de sa topographie et de son évolution qui ne sont pas les mêmes. Avec le *pityriasis rubra pilaris*, dont elle diffère par l'absence d'acumination véritable des papules cornées et de toute rougeur autour d'elles, par l'absence de lésions sur le dos des mains et des doigts, qui sont ici constamment épargnés, ainsi que par l'absence de toute lésion pityriasique de la face et du cuir chevelu ; *avec les sébor-*

rhéides péripilaires, toute confusion est exclue, la dermatose scorbutique épargnant d'une façon absolue les sièges électifs de la séborrhée. Pour le diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses plus rares, nous renvoyons à l'article de Nicolau, où ces questions sont amplement discutées.

Le traitement, consiste dans l'administration de la vitamine C sous forme de jus de citron (2 à 3 citrons par jour), en injections de cacodylate de soude et en un régime alimentaire composé surtout d'aliments frais.

SYPHILOME TERTIAIRE CHANCRIFORME APPARU 17 ANS APRÈS LE CHANCRE AU COURS D'UN TRAITEMENT HYDRARGYRO-BISMUTHIQUE

Par P. GIACARDY (de Tarbes).

M. X..., homme de lettres, âgé de 40 ans, a eu en 1911 un chancre induré de la fossette latérale droite du frein de la verge. Consécutivement il a présenté une roséole et, à diverses reprises, des plaques érosives buccales. En raison de la « bénignité » de ces manifestations et, sur la foi de conseils médicaux que nous n'avons pas à juger il ne suivit *aucun traitement.*

En janvier 1926 la vision des deux yeux commence à baisser progressivement. M. X... subit en même temps un déficit intellectuel qui l'oblige à interrompre complètement ses occupations professionnelles. Il consulte alors le 12 mars 1926 notre confrère ophtalmologiste le docteur Mascara qui nous l'adresse avec le diagnostic de névrite optique bilatérale.

Le malade présente, par ailleurs, des troubles intellectuels très nets, Il fixe mal son attention, éprouve une grosse difficulté au travail, qui lui était cependant familier il y a quelques mois. Il est devenu indifférent à tout ce qui l'intéressait ; sa mémoire est paresseuse. Il trouve difficilement ses mots alors qu'il s'exprimait avec facilité et professait aisément. Il a l'impression de vivre « dans la brume ». Il n'y a cependant aucun trouble du jugement, le malade a une notion juste et précise de son état.

A l'examen on note la lenteur, la difficulté de la parole sans dysarthrie. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. Les pupilles, égales, réagissent normalement. On ne note aucun tremblement. Les divers appareils sont indemnes. Au niveau de la fossette latérale droite du frein de la verge on note une cicatrice dépigmentée, arrondie, indurée, de la dimension d'une pièce de 50 centimes et qui correspond au chancre. Il y a quelques ganglions inguinaux, durs, indolents, mobiles, de la grosseur d'un pois.

Malgré notre désir l'examen du sérum et du liquide céphalo-rachidien ne put être pratiqué pour des raisons particulières. Le traitement fut immédiatement entrepris au cyanure de mercure sur la demande de notre confrère ophtalmologiste.

Du 18 mars au 3 avril le malade reçoit 15 injections quotidiennes de 1 centigramme de cyanure de mercure, à la suite desquelles il se sent déjà très nettement amélioré puisqu'il peut recommencer à lire un peu et qu'il éprouve un mieux être intellectuel.

Un traitement bismuthique succède immédiatement au traitement mercuriel à raison de deux injections d'iodobismuthate de quinine par semaine. Cependant le 23 avril à la cinquième injection alors que l'amélioration des troubles intellectuels et visuels est déjà considérable, le malade nous montre à la « place du chancre » une ulcération indolente aphlegmasique, arrondie, creuse, à base indurée, à bords réguliers légèrement surélevés, fermes et adhérents, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Il y a un léger suintement séreux où l'on ne trouve pas de tréponème. Les ganglions inguinaux conservent le volume et l'aspect qu'ils avaient au début du traitement. Il s'agit bien là, sans discussion, du syphilome tertiaire chancriforme de Fournier.

De fait le traitement fut poursuivi sur le même rythme jusqu'à douze injections de Quinby puis arrêté en raison d'une grippe bismuthique. Le 20 mai l'ulcération était cicatrisée.

Nous n'insisterons pas sur la suite de l'observation qui est des plus banales. Le traitement fut poursuivi énergiquement à l'aide du novarsénobenzol. La récupération intellectuelle du malade fut complète, la névrite optique guérit sans séquelles et M. X... put reprendre intégralement ses occupations en octobre 1926 date à laquelle il nous quitta.

*
* *

Notre malade a donc présenté un syphilome tertiaire chancriforme absolument caractéristique.

De pareils incidents de réchauffement, de réactivation ne sont pas rares au cours du traitement de la syphilis et M. Milian insistait encore récemment sur ce point (1). Qu'il s'agisse d'ébranlement thérapeutique trop brusque, de résistance élective du virus, de traitement par doses insuffisantes, ou trop hâtivement interrompu, ce sont là faits bien connus et nous n'aurions pas songé à rapporter notre cas s'il n'avait présenté une particularité intéressante.

En effet, ce qui retient ici l'attention c'est la dissociation très nette dans l'effet du traitement qui, d'une part, améliore avec facilité les troubles nerveux, pendant que, d'autre part, il réactive le foyer initial du chancre. Bien que paradoxal en apparence, le cas présent peut, cependant, nous semble-t-il, s'expliquer aisément à la faveur de considérations anatomo-cliniques.

(1) Milian. *L'activation de la syphilis par le traitement antisyphilitique. Paris Médical,* 14 janvier 1928.

Il s'agissait chez notre malade de troubles nerveux et visuels de fraîche date, remontant à quelques mois à peine, et dont la guérison rapide qui fut cliniquement complète montra qu'ils étaient conditionnés par des altérations anatomiques réductibles, non encore fixées. La sclérose n'avait pas encore eu le temps de s'organiser définitivement. Le tissu fibreux n'avait pas encore étouffé, détruit, remplacé les éléments nobles ni ménagé des centres de résistance au tréponème. De ce fait l'action thérapeutique était favorisée et la *restitutio ad integrum* possible.

Il en était tout autrement au niveau de la place du chancre. L'induration accusée de la cicatrice avant tout traitement montrait assez l'importance de la réaction scléreuse. Ainsi protégé, enkysté en quelque sorte, le tréponème pouvait aisément supporter une agression qui, insuffisante pour le détruire, n'eût d'abord d'autre effet que de la réactiver. La continuation du traitement finit cependant par user cette résistance.

Ce cas vient encore illustrer la notion établie par M. Milian de la survivance du tréponème au niveau de la cicatrice du chancre chez des malades non ou insuffisamment traités (1).

(1) Milian. La place du chancre. *Paris Médical*, 25 février 1922.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

CONFÉRENCE DE LA DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS NANCY 29, 30 ET 31 MAI 1928

La conférence de la défense sociale contre la syphilis s'est ouverte le mardi 29 mai sous la présidence de M. André Magre, *préfet de Meurthe-et-Moselle, assisté de* M. le docteur Queyrat, *président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien et de* M. le professeur Louis Spillmann, *doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, président du comité d'organisation.*

Dix-neuf nations étaient représentées à cette conférence et toutes les sociétés françaises et étrangères s'occupant de prophylaxie antivénérienne avaient envoyé des délégués.

Quatre questions avaient été mises à l'ordre du jour :

1° Le bilan de la syphilis, rapporteurs : MM. Dekeyser (Bruxelles) et Cavaillon (Paris).

2° L'éducation publique, rapporteurs : M. le professeur du Bois (Genève), Mme Neville-Rolfe (Londres), Mme Montreuil-Strauss (Paris), M. Viborel (Paris).

3° Le dispensaire antisyphilitique, rapporteurs : MM. Archambault et Desloges (Montréal), MM. Spillmann et Parisot (Nancy), M. Margarot (Montpellier).

4° Organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire, rapporteurs : MM. les professeurs Ehlers (Copenhague), Couvelaire (Paris) et A. Fruhinsholz (Nancy).

I. — Le bilan de la syphilis.

M. Dekeyser a recherché dans les divers pays la situation actuelle de l'endémie syphilitique comparativement à la situation d'avant-guerre. Ce travail fortement documenté est basé sur les statistiques des pays où la déclaration des maladies vénériennes est obligatoire, sur des statistiques provenant d'enquêtes spéciales, sur les statistiques de l'armée et de la marine. L'auteur insiste sur les réserves dont on doit entourer ces statistiques. Elles donnent pourtant des renseignements précieux. Quoi qu'il en soit on peut conclure qu'il y eut après

la guerre et surtout vers l'année 1920 une poussée endémique, une augmentation des cas de syphilis. Dans l'ensemble elle peut être évaluée au double des cas d'avant-guerre. Mais cette augmentation ne fut pas générale.

Pour ce qui concerne la mortalité par syphilis, il est plus difficile encore de l'évaluer. En dehors du tabès, de la paralysie générale, de l'anévrysme, les lésions qui peuvent être attribuées à la vérole et qui tuent ne diffèrent en rien des mêmes lésions qui relèvent d'autres causes. Pour le tabès, la paralysie générale, l'anévrysme il ne semble pas y avoir d'augmentation. Les statistiques basées sur la surmortalité syphilitique telle qu'elle résulte de l'examen de toutes les compagnies d'assurances semblent indiquer une grande surmortalité, mais des réserves s'imposent sur la valeur des chiffres ainsi obtenus à cause de la non généralisation de l'action de ces compagnies qui s'adressent fort peu à la population des campagnes et presque pas à la population ouvrière ; il n'est pas tenu compte, d'autre part, des nombreux refusés, de plus les enquêtes qui furent faites ne dépassent pas 1895. La surmortalité montre combien la syphilis est dangereuse pour l'enfant, surtout jusqu'au troisième mois. A ce point de vue il y a une amélioration considérable.

L'auteur examine ensuite les pertes économiques dues à la syphilis et qui sont énormes.

Par l'examen de toutes ces données et la supputation des chiffres, on constate qu'il y a une diminution considérable des cas de syphilis. Cette diminution est générale et dans certains pays, comme la Belgique, elle atteint 5/6. Cependant on constate çà et là une légère augmentation dont il faudra rechercher les causes réelles. Il convient, si l'on veut demeurer maître de la situation, de continuer à lutter avec la même énergie. L'auteur insiste sur la nécessité absolue de combattre légalement le charlatanisme sous toutes ses formes et voudrait voir s'établir des dispositions contraignant les syphilitiques à se soigner et punissant la contamination.

M. Cavaillon. — La syphilis est-elle en régression en France ? Dans un travail considérable, basé sur les statistiques qui lui ont été adressées au ministère de l'Hygiène, M. Cavaillon peut conclure que pratiquement, dans les campagnes, dans les petites villes, dans les grandes villes même, lorsque les travailleurs étrangers les quittent ou cessent d'y arriver en grand nombre, la syphilis diminue lentement mais réellement, que dans les grandes villes et les grandes agglomérations ouvrières où vit en grand nombre une population flottante, fidèle clientèle des établissements, surtout clandestins, de prostitution, la syphilis qui était nettement en décroissance jusqu'en 1923 augmente nettement.

En conséquence, dans les campagnes et les petites villes, la syphilis est en recul, mais l'influence de l'augmentation constatée dans les grandes villes est telle que pour l'ensemble du pays la situation reste depuis 1923 pratiquement stationnaire avec crochets ascendants dans

la courbe en 1924, descendants en 1925 et 1926, remontant encore en 1927. Il est certain que sans l'importance de l'armement antivénérien et surtout sans la valeur des médicaments utilisés, les circonstances économiques de l'après-guerre, en particulier l'afflux des travailleurs étrangers, le développement de la prostitution clandestine auraient provoqué l'apparition d'une nouvelle épidémie de syphilis.

MM. Jeanselme et Burnier, confirment le rapport de M. Cavaillon et, se basant sur les statistiques du dispensaire antisyphilitique de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, concluent que la syphilis, après avoir régulièrement diminué depuis 1920 jusqu'à 1924, a présenté, en 1925, une recrudescence inquiétante et que les chiffres de 1927 sont sensiblement identiques à ceux de 1920. La proportion des cas récents qui était de 50 o/o en 1919, de 31 o/o en 1923 a remonté à 40 o/o en 1924, à 60 o/o en 1925, à 65 o/o en 1926, à 63 o/o en 1927.

Pour expliquer cette recrudescence on peut incriminer le défaut de connaissance technique des médecins qui ne savent souvent pas dépister la syphilis au début; il est nécessaire de rendre obligatoire le stage de syphiligraphie pour les étudiants en médecine. Il faut intensifier l'éducation sexuelle féminine : le nombre des femmes syphilitiques traitées aux dispensaires est en effet inférieur à celui des hommes. L'abandon du traitement par le malade est une cause importante de la dissémination de la syphilis. 33,12 o/o suivent régulièrement leur traitement. Enfin l'accroissement de la prostitution clandestine joue un rôle important dans la recrudescence de la syphilis.

MM. Lortat-Jacob et Roberti constatent également la recrudescence de la syphilis dans leur dispensaire de l'hôpital Saint-Louis : en 1923, 270 cas de syphilis nouvelle ; en 1924, 295; en 1925, 305 ; en 1926, 386 ; en 1927, 432. Ils concluent qu'il faut amener les malades au dispensaire et les y retenir pour leur appliquer un traitement suffisant et diminuer ainsi le chiffre énorme de 54 o/o de syphilitiques non traités ou insuffisamment traités. Il faut appliquer les médications les plus rapidement actives, donc les arsenobenzènes délaissés par la plupart des médecins par crainte d'accidents. Il faut surveiller plus étroitement les propagateurs de la syphilis, les prostituées et surtout les prostituées clandestines et examiner les étrangers à leur entrée en France.

MM. Louste et Thibaut constatent également la recrudescence des cas de syphilis dans leur service de l'hôpital Saint-Louis et accusent les mêmes causes que les auteurs précédents.

M. Benech de Nancy, observe que le taux de la syphilis chez les femmes surveillées est nettement en diminution sur ce qu'il était jadis.

Pour M. Ch. Laurent (de Saint-Etienne), les cas de syphilis de contamination récente augmentent de nouveau. Les chiffres de 1920 et de 1927 sont semblables. Les sources de contamination sont toujours le café, la fille des rues et la femme de dancing ; on ne se contamine presque plus dans les maisons de tolérance. L'assiduité des malades est plus grande dans les maternités ; l'examen sérologique permet de dépister 45 o/o de syphilis.

M. Marcel Léger, médecin colonial, observe que, par la création de nombreux dispensaires spéciaux très fréquentés et par une campagne de prophylaxie, à l'aide de conseils individuels, de tracts et de conférences, des résultats importants ont été obtenus par les services sanitaires de nos diverses colonies.

M. Jersild (de Copenhague) donne la statistique des cas de syphilis au Danemark, statistique basée sur l'enregistrement anonyme des syphilitiques et insiste sur la portée scientifique de ce système, le casier sanitaire étant établi en indiquant : le sexe, l'année et le jour de la naissance, l'initiale du nom de famille, la date du diagnostic de la syphilis et le nom du médecin que a appliqué le premier traitement.

MM. Bizard et Barthelémy apportent les statistiques des cas de syphilis chez les prostituées parisiennes de 1918 à 1927, statistiques qui montrent que la syphilis est loin d'être en régression. 257 cas en 1923 chiffre le plus bas, 500 en 1927.

M. Magnus apporte une étude complète sur les maladies vénériennes en Islande et montre la rareté des cas de syphilis autochtones.

M. Aranjo, directeur du service de prophylaxie au Brésil apporte des statistiques qui montrent une diminution de la syphilis active. L'étude de la courbe de la mortalité infantile due à la syphilis montre également une diminution.

M. le professeur Pautrier fait une communication sur le rôle joué par l'assurance-maladie dans la lutte antivénérienne en Alsace et montre que la législation actuelle ne tient pas compte de la dermato-syphiligraphie.

M. Ikhemann (Léningrad) fait l'exposé de la lutte contre la syphilis. Il existe à l'heure actuelle sur toute l'étendue des Républiques soviétiques 250 dispensaires tous situés dans les villes et 213 postes vénéréologiques disséminés en Russie. L'auteur insiste sur l'extension de la syphilis dans les campagnes.

D'après les matériaux des dispensaires de Leningrad, le rôle de la prostitution dans la contamination syphilitique est réduit à 18 o/o et 52 o/o des cas sont dus aux « connaissances » et femmes légitimes. La

manière de contracter le mariage sans formalités complexes et la facilité du divorce faisaient qu'à Léningrad en 1927 sur 3 mariages il y avait 2 divorces. Si donc la prostitution diminue, la promiscuité prend des proportions menaçantes.

M. Wernic (Pologne). — Le nombre des dispensaires fondés en Pologne pour soigner gratuitement les maladies vénériennes est de 213. D'après les statistiques une augmentation considérable des cas de syphilis dans la période qui suit la guerre bolcheviste a été observée dans toutes les grandes villes de Pologne, sauf Poznan, trop éloigné de la zone affectée par l'invasion. Actuellement, grâce aux mesures énergiques qui ont été prises : surveillance des prostituées par des brigades de police féminine et des demi-prostituées ou prostituées d'occasion qui sont également sous surveillance médicale, les cas de syphilis observés sont en très grande régression. Quant aux jeunes prostituées et aux débutantes du métier elles sont soustraites aux influences corruptrices et mises dans des institutions d'assistance morale et d'éducation.

II. — L'éducation publique.

M. le Prof. du Bois (Genève). — L'éducation des jeunes gens en vue de la défense sociale contre la syphilis se confond avec l'éducation sexuelle dans son ensemble. Elle doit débuter tôt, se poursuivre d'année en année jusqu'à l'adolescence, faire partie de l'éducation générale Il est naturel que les parents en prennent la responsabilité. Il est nécessaire que l'école s'en charge aussi en introduisant dans ses programmes un enseignement nouveau sous le nom d' « hygiène individuelle » dans les classes primaires et d' « hygiène sexuelle » dans les classes supérieures. La continuité de cet enseignement réparti sur plusieurs années peut seule en assurer le succès et favoriser le développement d'une morale sexuelle sans laquelle les avertissements les plus pressants restent sans effet.

Si l'éducation sexuelle scolaire ne donnait pas les résultats que seule une expérience de plusieurs années permettrait d'apprécier, elle aurait en tout cas le grand avantage de mettre au courant de la question tous les jeunes gens, volée par volée, afin de les mettre en garde contre les dangers auxquels l'ignorance les expose et de leur faire comprendre la folie de celui qui, quoique averti, ne craint pas de braver le péril.

Mme C. Neville-Rolfe (Londres). — La politique prônée et qui est actuellement en voie de réalisation en Grande-Bretagne, dans les Pays Scandinaves et dans de nombreuses parties des Etats-Unis d'Amérique et l'Allemagne semble donner les résultats attendus. L'âge des premières relations sexuelles semble être maintenant plus élevé dans les pays de l'Europe du nord, le nombre de maladies contractées au

début de l'adolescence diminue nettement et une partie de la réduction des nouveaux cas de maladie peut être justement attribuée aux changements de conduite individuelle, basés sur la connaissance des faits et à un sens plus développé de la responsabilité personnelle et sociale de la santé chez cette génération future.

Les mesures prônées sont :

a) Tous les enfants, avant l'âge de l'adolescence, devraient être instruits des principes de la biologie évolutive, comprenant les lois de la vie et de la reproduction, sans aucun contexte personnel. On crée ainsi une base sur laquelle on peut effectivement ajouter l'enseignement personnel sur l'hygiène sociale et l'appel au sens de la responsabilité sociale et la responsabilité vis-à-vis de la race sera ainsi renforcée par la connaissance.

b) L'idéal pour le citoyen, en ce qui concerne la santé pnblique, sera ainsi exposé aux adolescents et on devra leur donner des renseignements précis sur les dangers des maladies vénériennes, notamment à ceux qui sont exposés aux dangers de la tentation de la vie urbaine.

c) Un effort combiné devra être fait par les parents et les instituteurs en vue de développer la maîtrise de soi pendant la jeunesse et pour tâcher de relever la moyenne de la conduite sexuelle.

d) De plus grandes facilités devront être offertes pour l'organisation des jeux et l'emploi du temps libre.

Mme Montreuil Strauss (Paris). — En matière de prophylaxie antivénérienne, l'éducation du public et surtout du public féminin se heurte à de gros préjugés. C'est par la parole qu'on agit le plus efficacement et qu'il est le plus facile de combattre ces préjugés. Aussi le Comité d'éducation féminine, créé par la Société de prophylaxie sanitaire et morale, sans négliger les autres moyens d'action s'est surtout efforcé de former des conférencières. Il a pour principe d'aborder la question en toute franchise et d'expliquer clairement ce qu'est le fléau vénérien. Le sujet traité est le plus fréquemment : la maternité et le péril vénérien. Il porte sur la description de la syphilis et de la blennorragie, leur mode de propagation, leur répercussion sur la maternité et le foyer familial. Lorsque la conférencière dispose de plusieurs séances, elle y ajoute soit les notions d'anatomie, de physiologie et d'hygiène féminine indispensables pour faire comprendre aux jeunes filles les ravages des maladies vénériennes dans l'organisme féminin ; soit des indications aux parents et éducateurs sur l'éducation sexuelle des enfants. Il fait ainsi de la propagande antivénérienne un cycle complet, embrassant le côté scientifique et médical de la question, mais aussi son aspect moral et éducatif. Toutes les fois que cela est matériellement possible les conférences sont illustrées de démonstrations cinématographiques.

Actuellement, l'œuvre étant connue et son utilité démontrée, le comité avec ses quatre conférencières suffit à peine à répondre aux demandes qui lui sont adressées. Des conférences ont été ainsi faites dans les milieux les plus divers, cultivés ou populaires, laïcs ou reli-

gieux, groupements de parents ou éducateurs, foyers ou écoles de jeunes filles. En 1925, la première année de son fonctionnement, le C. E. F. a organisé tant à Paris qu'en province 47 conférences : en 1926, 63 et 100 en 1927. Il faut souligner l'importance de l'enseignement fait directement aux jeunes filles, il y a là une tentative d'éducation sexuelle méthodique et rationnelle de la jeune fille qui n'a été réalisée par aucun autre groupement. C'est sur les élèves maîtresses des écoles normales d'institutrices que le comité a fait porter son plus grand effort, car il s'agit là de futures éducatrices. Il est souhaitable que cet enseignement soit dès maintenant inscrit au programme des écoles normales, mais il est nécessaire qu'il soit confié à des femmes-médecins, seules actuellement qualifiées pour traiter la partie médico-hygiénique de la question.

M. Viborel (Paris). — Celui qui voudrait assurer l'éducation contre la syphilis en s'attachant à ne considérer que l'aspect moral du problème ne verrait qu'un côté de la question et ferait fausse route. D'autre part, celui qui, négligeant le point de vue moral, baserait uniquement son système de défense sur la prophylaxie médicale risquerait de se tromper. Il ne faut pas être exclusif et unilatéral et il faut savoir tenir compte dans un problème aussi délicat et aussi complexe des deux aspects de la question.

Dans son rapport M. Viborel traite successivement les points suivants :

a) La souveraine importance de l'éducation publique contre la syphilis ;

b) Comment créer l'éducation contre la syphilis ;

c) L'éducation contre la syphilis suppose l'éducation sexuelle seule capable de discipliner l'instinct sexuel ;

d) Pas d'éducation sexuelle sans éducation morale ;

f) Ce qu'il faut penser de la prophylaxie individuelle ;

g) L'effort accompli en France pour l'éducation publique contre la syphilis et ses premiers résultats.

M. Julien s'est attaché depuis 1921 à la question de l'éducation sexuelle. Pour lui les fonctions de reproduction doivent figurer dans les programmes d'enseignement mais au titre de l'histoire naturelle, tandis que l'enseignement antivénérien doit être une partie du programme d'hygiène et de la compétence exclusive du médecin. Ce double enseignement ne peut être donné utilement que chez les adolescents ayant atteint la puberté.

M. Paul Parisot. — Les tout jeunes garçons et les jeunes filles, prévenus du mal qui les guette, hésiteront sûrement et peut-être s'arrêteront à temps. C'est, d'après ses observations, la classe ouvrière qui est la plus exposée et l'enseignement doit être aussi bien donné aux parents qui, prévenus, sauront réagir, qu'aux enfants. 14 ans est l'âge où il faut commencer cet enseignement.

MM. Spillmann et Jean Benech insistent sur l'importance capitale de faire des conférences aux jeunes gens avant leur départ au régiment; M. Jean Benech a fait, sans en informer les dirigeants, des conférences de prophylaxie antivénérienne chez des apprentis des deux sexes de 15 à 18 ans. Il n'y eut aucune récrimination. L'auteur est opposé aux conférences mixtes.

M. Lepinay (de Casablanca) déclare qu'à côté de la prophylaxie morale il lui semble de toute nécessité, tout au moins au Maroc, d'apprendre aux jeunes gens qu'en cas de défaillance ou d'imprudence, il est des moyens de prophylaxie individuelle qui peuvent protéger contre les maladies vénériennes.

III. — Le dispensaire antisyphilitique.

MM. Archambault (Montréal) et Desloges (Québec). — La lutte contre les maladies vénériennes, mouvement d'assainissement physique, est en même temps une mesure d'assainissement moral. Tous deux sont intimement liés et l'un ne va pas sans l'autre.

La campagne entreprise au Canada a été conforme à un programme précis :

1° Institution d'une active campagne d'instruction, d'éducation sur la nature, les conséquences, les ravages et les modes de contagion des maladies vénériennes.

2° Etablissement et entretien de laboratoires où les examens sont faits gratuitement pour tous les médecins.

3° Organisation de dispensaires où les indigents sont traités gratuitement. C'est cette organisation de dispensaires que les rapporteurs étudient.

Outre le traitement médicamenteux, l'éducation par les tracts et les conseils des médecins, le dispensaire permet le dépistage de la syphilis dans les familles. Centre d'enseignement et de recherches scientifiques, il contribue à former des médecins et spécialistes.

Au Canada français on s'est appliqué à éviter toute dénomination qui tendrait à marquer les infectés du stigmate de « vénériens » et à les éloigner des centres de traitement. En conséquence les cliniques ont été établies dans les hôpitaux généraux. Cette conception présente d'ailleurs de multiples avantages réalisant un centre merveilleux de dépistage de la syphilis. Ce qui est important dans un dispensaire c'est sa division en plusieurs pièces de façon à isoler les malades et à donner des consultations particulières car, dans l'œuvre que poursuit le dispensaire, la discrétion joue un grand rôle.

L'expérience faite d'enquêteurs (service social), fonctionnaires qui visitent les familles et cherchent à dépister les cas de syphilis et à encourager les malades à se faire traiter au dispensaire, a dû être abandonnée. Les rapporteurs croient que c'est plutôt au médecin qu'incombe ce rôle et l'intérêt qu'il doit porter au malade est plus important

et peut faire davantage. Malgré toute la bonne volonté des médecins, un nombre encore trop considérable de malades abandonnent leur traitement trop tôt. Il n'y a que l'éducation poussée à outrance qui réussira à doter les individus d'un sentiment plus élevé envers la collectivité.

Le dispensaire doit-il être ouvert à tous les malades ou seulement aux indigents? Il faut être très large sur cette question et ne refuser que les malades qui sont en mesure de payer le coût normal de leur traitement. Quant à ceux qui peuvent payer quelque chose, nous les traitons et employons les sommes ainsi perçues au fonctionnement du dispensaire.

De plus, le dispensaire doit être largement ouvert aux praticiens qui peuvent y amener leurs malades peu fortunés.

A côté de ces dispensaires d'hôpitaux généraux on a organisé d'autres centres de traitement en choisissant de préférence les agglomérations populeuses. Les médicaments indispensables et les instruments sont fournis gratuitement par le Directeur général de la Campagne antivénérienne aux centres de traitement et, dans les régions éloignées des centres de traitement, les médecins qui en font la demande reçoivent gratuitement les médicaments nécessaires.

MM. Spillmann et Parisot (Nancy) exposent l'organisation sociale de Meurthe-et-Moselle qui, crée primitivement en vue de combattre la tuberculose, s'est tournée également vers les autres maladies sociales et a créé diverses sections antivénérienne, anticancéreuse, protection de l'enfance et propagande.

La section antivénérienne utilisa d'une part les services antivénériens fonctionnant déjà de longue date à Nancy mais progressivement agrandis et transformés, s'appuya sur l'armature des dispensaires antituberculeux départementaux transformés en dispensaires d'Hygiène sociale avec section spéciale antivénérienne, puis étendit ultérieurement son action dans les campagnes par l'organisation d'un service prophylactique rural définitivement réalisé par une entente récente avec le corps des praticiens.

L'utilisation de formations hospitalières spécialisées à Nancy et des salles réservées dans les hôpitaux d'arrondissement, la mise en service d'un laboratoire régional de sérologie, complètent l'armement antivénérien du département de Meurthe-et-Moselle.

Un rôle important est joué, tant au dispensaire central qu'aux sections antivénériennes des dispensaires d'Hygiène sociale, par l'Assistante sociale qui est chargée de la consultation et de la surveillance du fichier; en relation constante avec les malades et leurs familles, elle favorise le contrôle sérologique et médical. Son action morale et prophylactique peut être considérable si elle comprend bien son rôle et si elle le remplit avec tact et discrétion. Elle peut également avoir une très heureuse influence en s'occupant du relèvement des prostituées. Elle assure la liaison avec les dispensaires, recueille les statistiques trimestrielles, établit les courbes d'activité des différentes consultations, surveille la réception des médicaments, etc.

M. Margarot (Montpellier). — Une spécialisation très stricte du dispensaire peut être dénonciatrice et gêner certaines personnes. On remédie à cet inconvénient en instituant un polydispensaire à deux degrés comprenant un dispensaire général de triage et des dispensaires spécialisés ou encore en associant le dispensaire antisyphilitique à une consultation de dermatologie.

L'isolement est une condition déplorable pour une médecine correcte, même s'il s'agit d'une dispensaire spécialisé. Il ne peut fonctionner utilement que s'il est relié à d'autres consultations. Ce contact peut être rendu particulièrement étroit par l'installation des diverses formations dans un même immeuble ou dans des immeubles contigus. Le dispensaire antisyphilitique constitue une cellule d'un dispensaire d'Hygiène Sociale polyvalent.

En somme le dispensaire est l'organisme essentiel de la Prophylaxie antisyphilitique à la condition qu'on ne le réduise pas au rôle modeste de consultation gratuite. C'est un centre régional de consultation où les malades sont soignés en parfaite entente avec les médecins et les syndicats médicaux.

MM. Gaujoux, P. Vigne et Ribot signalent l'importance de l'effort accompli pour la lutte antivénérienne dans le département des Bouches-du-Rhône et à Marseille où le nombre des étrangers et des voyageurs est considérable.

M. Magnus (Islande). — Les marins sont plus exposés à la contagion des maladies vénériennes pendant leur séjour dans les ports étrangers. Il faut que dans tous les ports des marins trouvent facilement des centres de traitement. La liste de ces centres devraient être envoyée aux armateurs en telle quantité qu'elle puisse être remise à chaque navire.

M. Marcel Léger, médecin colonial, fait une étude d'ensemble sur les dispensaires aux Colonies et M. Lepinay (Maroc) sur les dispensaires antisyphilitiques du Maroc, leur rôle, leur organisation et leurs résultats après dix ans de fonctionnement.

Mme Getting ainsi que Mlle Delagrange exposent le rôle de l'Infirmière sociale à l'hôpital et dans les dispensaires, rôle capital qui a été également mis en relief par MM. Hudelo, Rabut et Mlle Jager. L'infirmière sociale remplit un double rôle de surveillance et d'éducation, ce qui a permis d'améliorer au bout de 3 ans le pourcentage de malades réguliers dans la proportion de 40 o/o.

MM. Paul Parisot et Jean Benech exposent le rôle prophylactique du dispensaire de salubrité municipal de Nancy où les femmes sont visitées deux fois par semaine.

M. Louis Drouet. — Chaque détenu devrait être systématiquement examiné cliniquement et sérologiquement, on dépisterait ainsi un grand nombre de syphilis ignorées.

MM. Marcel Pinard, P. Vernier et Mlle Corbillon. — Sur 175 cas où l'origine de la contagion de la syphilis a pu être connue, on relève que 61 fois la syphilis a été donnée par des prostituées circulant sur la voie publique, 30 fois par les femmes de maison publique; enfin les domestiques donnent 24 cas de contagion : 48 fois ce sont des contagions par des amies de rencontre, 7 fois enfin, il s'agit de syphilis conjugale, trois par homosexualité et deux cas par des femmes dites « du monde ».

M. Pierson. — Le dispensaire doit toujours agir en liaison étroite avec les praticiens et être pour eux un centre de moyens techniques mis à leur disposition, centre d'action spécialisé, centre d'enseignement et d'appui mutuel, centre de soins pour malades assistés venus spontanément ou envoyés par leurs médecins.

Cette thèse est également soutenue par M. Lafontaine qui développe cette idée que les médecins de familles et tous les médecins doivent jouer un rôle actif dans la lutte antisyphilitique. Le meilleur moyen pour cela est que l'Etat, les départements, les communes ou les œuvres privées passent avec les syndicats médicaux des contrats fixant les conditions de cette collaboration.

M. Payenneville (Rouen) voudrait que les médecins syphiligraphes, chefs des principaux centres de prophylaxie, puissent établir un groupement aussi scientifique que confraternel autour de chaque centre afin de permettre une coordination de tous les efforts.

IV. — La lutte contre la syphilis héréditaire.

M. le professeur Ehlers (Copenhague). — Ce fut Edouard Welander, professeur de Dermatologie à Stockholm, qui le premier plaida la cause des enfants hérédo-syphilitiques et créa des centres spéciaux qui portent en Scandinavie le nom d'Asiles Welander.

Au début, ces asiles n'admettaient que les enfants souffrant d'une syphilis congénitale dûment constatée, mais au cours des dernières années la question de la lutte contre la syphilis congénitale a revêtu un caractère tout différant, depuis que les maternités des grandes villes et leurs accoucheurs se sont rangés du côté des dermato-vénéréologistes et ont commencé à trier les femmes enceintes, qui à l'examen préalable se montrent atteintes de syphilis le plus souvent ignorée. L'œuvre merveilleuse de Couvelaire et de Marcel Pinard a depuis 1919 porté des fruits au Danemark aussi.

M. Ehlers, dans son rapport, donne les résultats de la lutte entreprise. Sur 100 enfants qui ont quitté les asiles, 22 sont morts. Sur les 78 autres cas, 37 se sont développés normalement, 28 sont des retardataires, 13 sont devenus imbéciles. Le traitement systématique des femmes syphilitiques enceintes a permis, au Danemark, d'abaisser la mortalité infantile de 11 0/00 en 1900 au chiffre de 1,8 0/00 en 1925.

M. le professeur Couvelaire fait l'historique de la prophylaxie de la syphilis congénitale depuis la création de l'Hospice de Vaugirard en 1780 pour arriver à l'étude des dispensaires antisyphilitiques annexés aux maternités en 1919.

Pour Paris, 10 maternités de l'Assistance publique ont un dispensaire antisyphilitique et 33 dispensaires et institutions de puériculture sont spécialement subventionnés pour le traitement et la prophylaxie de la syphilis congénitale.

M. Couvelaire, enfin, esquisse la vie du Dispensaire de la Maternité Baudelocque, créé en 1919 et qu'il dirige avec M. Marcel Pinard. Il montre son fonctionnement, son activité depuis sa création, les résultats qui ont été obtenus, et, enfin, la solution donnée à quelques questions essentielles. Le dépistage des syphilis latentes, l'importance de la régularité du traitement, l'importance du placement des enfants dans des maisons spéciales du type « Welander ».

Le centre de l'action prophylactique, c'est le dispensaire avec organisation du traitement suivant le mode ambulatoire. Ce dispensaire a sa place naturelle dans le cadre des maternités et des institutions de puériculture ; la collaboration de l'obstétricien et du syphiligraphe réalisant les meilleures conditions de fonctionnement.

M. le professeur Fruhinsholz, dans son rapport, fait le bilan de l'état actuel de la lutte contre l'hérédosyphilis et par une enquête très large faite auprès de nombreux obstétriciens, syphiligraphes et pédiatres fait la statistique des cas d'hérédo-syphilis. En faisant état de ces statistiques, il constate que le dépistage de l'hérédo-syphilis varie dans des proportions considérables qui paraissent dépendre du genre de clientèle ou de la méthode employée, des moyens mis à la disposition des scrutateurs, de l'activité, de la rigueur et de l'entraînement de ceux-ci. La syphilis du nourrisson est généralement induite de la syphilis certaine ou présumée de sa mère à cause de la faible valeur démonstrative, chez lui, de la réaction de Bordet-Wassermann (17 0/0 des cas d'après M. Pinard, 21,8 0/0 d'après Fruhinsholz-Abramovitz). Pour compléter et améliorer l'organisation de la lutte contre l'hérédo-syphilis en France, il faut faire œuvre éducative, organiser la lutte par un plan méthodique. Il faut surtout instruire les sage-femmes et les former très spécialement au dépistage de l'hérédo-syphilis, instruire les médecins et instruire le public. Sans répandre la terreur et sans propager plus qu'il ne convient la phobie de l'hérédo-syphilis, il faut qu'on prenne conscience de son universalité, de sa latence habituelle

et de son protéisme, de la nécessité de certains traitements institués en dépit de toute apparence, mais aussi, et surtout de l'efficacité certaine de ceux-ci.

Mme la doctoresse Mirra Raitz (Moscou) expose l'organisation de la lutte contre la syphilis congénitale en U. R. S. S.

MM. Paucot et Nuytten constatent que la syphilis héréditaire se montre meurtrière pour la descendance dans 53 o/o des cas. Les auteurs signalent les heureux effets du traitement pendant la gestation grâce auquel on obtient, presque à coup sûr, des produits vivants et sains et insistent sur la nécessité de renouveler le traitement à chaque grossesse.

MM. Lesné, Boutelier, P. Lefèvre et Mme Linossier-Ardouin ont organisé une consultation à l'hôpital Trousseau en 1927 et concluent que les résultats obtenus par de telles consultations sont indiscutables. Leur efficacité sera encore plus grande quand, par un affichage méthodique, chaque service connaîtra les organisations similaires et leurs heures de consultations. Il paraît indispensable que toute formation hospitalière, maison de convalescence, préventorium qui reçoit des enfants hérédo-syphilitiques soit en mesure de continuer à les traiter.

MM. P. Rudaux, Mme J. Montlaur et H. Montlaur apportent les statistiques et résultats de la consultation antisyphilitique de la Maternité de Paris. La consultation des femmes enceintes syphilitiques est heureusement complétée par une consultation de puériculture pour hérédo-syphilitiques. Les résultats obtenus sont intéressants. Les auteurs montrent, par leurs statistiques, que la mortalité fœtale et infantile qui a atteint jusqu'à 42,8 o/o avant tout traitement, s'est abaissée à 16,4 o/o chez les parturientes régulièrement traitées.

M. Paucot donne, de même, les résultats des consultations des maternités et M. Caussade montre le rôle des assistantes sociales dans la lutte contre H. S. dans les services de médecine infantile.

M. Jean Benech. — Comme les signes chez les enfants sont difficiles à interpréter et qu'il ne veut pas faire de réaction de Wassermann, il convoque les parents et c'est chez eux qu'il recherche la syphilis par la réaction de Bordet-Wassermann.

M. Bertin (Lille) fait une communication sur la syphilis héréditaire exclusivement paternelle ; elle produit plus facilement que dans les cas beaucoup plus nombreux où elle est le résultat de l'infection maternelle, des dystrophies et des dégénérescences.

M. Paucot signale la réactivation de syphilis apparemment éteintes, par union consanguine de syphilitiques héréditaires.

M. Queyrat étudie les psychopathies hérédo-syphilitiques qui sont souvent extrêmement améliorées par un traitement spécifique.

La dernière séance de la Conférence a été consacrée à la discussion des vœux présentés au cours des discussions et qui ont été adoptés. Vœu de MM. le professeur Jeanselme et Cavaillon sur la nécessité d'intensifier l'effort entrepris ; vœu de M. le professeur du Bois, vœu de M. Carle, vœu de M. le professeur Pinard, sur la nécessité de réserver une place à l'enseignement de l'Hygiène individuelle dans le programme de l'Instruction obligatoire ; vœu du comité d'éducation féminine pour que l'éducation antivénérienne soit faite dans les écoles normales d'institutrices et que cet enseignement soit confié à des femmes médecins ; vœu de M. Dekeyser contre le charlatanisme ; vœu de MM. Couvelaire et Fruhinsholz pour que l'effort de prophylaxie et de traitement de la syphilis héréditaire soient poursuivis dans les maternités et les services de pédiatrie ; vœu de M. Caussade pour la création de dispensaires d'hygiène sociale infantile, seul moyen héroïque de lutter contre l'hérédo-syphilis ; vœu de M. Queyrat pour qu'à la Commission de contrôle des médicaments antisyphilitiques de l'Académie de Médecine soient adjoints des syphiligraphes ; vœu de MM. Spillmann et Drouet pour que, dans les prisons, chaque détenu soit examiné d'office.

P. Fernet.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1928.

Annales des maladies vénériennes (Paris).

Réaction de Prunell et réaction d'opacification à la gomme-gutte dans le séro-diagnostic de la syphilis, par G. Piotrowski et A. Liengme. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, n° 1, janvier 1928, p. 1 à 8.

Les auteurs ont pratiqué la réaction de Prunell dans 42 cas et obtenu une concordance de 85,9 o/o avec les autres réactions ; la réaction à la gomme-gutte pratiquée dans 100 cas leur a donné une concordance de 74 o/o. Ces réactions leur semblent constituer des méthodes intéressantes ; elles seront un adjuvant précieux dans le séro-diagnostic de la syphilis, employées conjointement avec les méthodes basées sur la déviation du complément. H. Rabeau.

Un nouvel argument en faveur de l'hérédo-syphilis paternelle, par J. Golay. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, n° 1, janvier 1928, p. 8 à 13.

De tous côtés l'hérédo-syphilis paternelle est battue en brèche, G. ayant étudié la question considère que cette forme d'hérédité, probablement rare, est cependant possible. Ayant discuté les arguments pour et contre G. arrive à ce dilemne dont il faut sortir : « Si la syphilis peut se transmettre à plusieurs générations, le père doit parfois être rendu responsable de la contamination de l'ovule ; si d'autre part l'hérédo-syphilis paternelle n'existe pas, l'hérédo-syphilis de seconde génération n'existe pas davantage ». Aussi il croit pouvoir conclure que l'hérédo-syphilis paternelle est possible et même probable. H. Rabeau.

Sur deux cas de syphilis gastrique, par Lévy-Franckel. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, n° 2, fév. 1928, p. 81, 2 fig.

Deux observations intéressantes. La première a trait à un ulcère syphilitique de l'estomac à forme hémorragique, chez un homme de 46 ans, survenant 12 ans après le chancre. Guérison par un traitement mixte, bismuth et mercure. L'auteur pense que la syphilis doit être tenue pour responsable d'un certain nombre d'ulcères provoquant des hématémèses graves ou foudroyantes, et qu'on est, en présence de tels cas, autorisé à tenter le traitement spécifique. — La seconde observation est celle d'un sujet âgé présentant un syndrome de sténose du cardia avec Wassermann positif. La sténose qui résista au traitement mercuriel et ioduré, céda à un traitement novarsénobenzolé. La guérison se maintint pendant un an, puis apparurent des signes de néoplasme. L'auteur insiste sur l'évolution néoplasique fréquente de telles formes. H. Rabeau.

Le traitement d'entretien de la syphilis par les sels insolubles de bismuth, par A. Galliot. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 2, février 1928, p. 88, 8 figures.

Lorsqu'on fait en série des radiographies de malades ayant reçu des injections de sels insolubles de bismuth, on s'aperçoit qu'une très faible partie de médicament a été absorbée et éliminée, la majeure partie reste enkystée dans les muscles fessiers. Comment agit ce bismuth et quel temps demandera son élimination? Dans quelles conditions se fera-t-elle? C'est la question que pose G. qui estime que la posologie des sels insolubles de bismuth doit être revisée, de façon à n'arriver à utiliser que la dose thérapeutique nécessaire. H. Rabeau.

Contribution à l'étude du vaccin antigonococcique polymicrobien silicaté, par M. Chaignon. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 2, février 1928, p. 92.

Il s'agit d'un vaccin contenant diverses souches de gonocoques, staphylocoques, bacilles pseudo-diphtériques, bacilles de Friedlander, microcoques et entérocoques, stérilisé au moyen de peroxyde d'hydrogène, et stabilisé par l'addition d'une petite quantité de silice colloïdale. Le vaccin est bien toléré sans réactions locales ni générales. C. l'a utilisé dans les urétrites aiguës, mais il a associé un traitement par les injections de permanganate au 10.000e. 46 malades traités, 18 échecs. Dans les orchiépididymites sur 14 malades traités, 14 guérisons.

H. Rabeau.

Gazette des Hopitaux (Paris).

Lésions cardiaques en rapport avec l'hérédo-syphilis, par L. Babonneix et Delarue. *Gazette des hôpitaux*, 101e année, no 25, 26 mars 1928, pp. 441-442.

Courte revue générale du sujet accompagnée de 9 observations de lésions cardiaques diverses constatées chez des hérédosyphilitiques certains. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Résultats obtenus dans le traitement des blennorrhagies aiguës et chroniques par la méthode de Maisler, par L. Marceron. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, no 10, 8 mars 1928, p. 190.

Cette méthode de « distension gazeuse » a été utilisée par l'auteur dans le dispensaire prophylactique. Elle est à peu près indolore, n'exige qu'un matériel réduit, ne nécessite pas de séances quotidiennes mais seulement bi ou trihebdomadaire. M. a traité 18 malades, 6 aigus, 12 chroniques. Tous ont été guéris cliniquement en un nombre d'injections variant de 6 à 18 et représentant 2 à 6 semaines. Un des malades présentait un orchiépididymite qui a guéri en même temps que l'urétrite, et un rétrécissement assez serré qui se laissa aisément franchir par la suite. Il y a là vraiment une méthode intéressante par sa facilité, son innocuité et surtout ses résultats. H. Rabeau.

Le Lugol sucré intraveineux dans le traitement des folliculites tricophytiques, par G. Rosenthal. *Journal de Médecine de Paris,* 48e année, n° 12, 22 mars 1928, p. 234.

Ravaut à qui l'on doit la méthode de traitement des tricophyties suppurées par les injections intraveineuses de solution de Lugol a signalé que l'inconvénient de ce mode de traitement était de déterminer au bout d'un nombre variable d'injections l'induration puis l'oblitération des veines. En employant un excipient sucré cette difficulté technique se trouve résolue. R. conseille d'utiliser une solution :

Iode métallique	1 gr.
Iodure de Potassium	2 gr.
Eau glucosée à 30 o/o *ou* saccharosée à 100 o/o .	100 cc.

dans les mêmes conditions que la solution ordinaire. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

La dyspnée du cyanure de mercure ; dyspnée cyanhydrique, par A. Coury. *Presse médicale,* XXXVIe année, n° 23, 21 mars 1928, p. 355.

Milian en 1920 a décrit sous le nom d'angoisse traumatique une sorte d'angoisse, d'oppression avec sensation d'arrêt du cœur, que présentent parfois les malades auxquelles on injecte rapidement du cyanure de mercure en solution à 1 o/o, dans les veines. Il attribuait ce phénomène au traumatisme produit par le cyanure de mercure mis en contact subit avec l'endocarde. Pour C. il s'agit d'une dyspnée toxique et non traumatique et il apporte des arguments d'ordre clinique, toxicologique, expérimental. *a*) Arguments cliniques. Si l'élément mercure était réellement la cause de la dyspnée, elle devrait s'observer toutes les fois qu'on injecte dans les veines des sels mercuriels de teneur équivalente : on ne l'observe pas ; on ne la constate pas davantage dans les intoxications mercurielles massives.

b) Arguments toxicologiques. Lorsqu'on étudie l'intoxication cyanhydrique on observe que les troubles respiratoires tiennent le premier plan. L'acide cyanhydrique a une action quasi-élective sur le centre respiratoire.

c) Arguments expérimentaux. 3 lapins injectés, le 1er avec 1 centigramme de cyanure de mercure, 15 secondes après l'injection convulsions généralisées, puis arrêt respiratoire. — 2e lapin, injection de 22 milligrammes de benzoate de mercure, aucun effet. — 3e lapin, 0,00215 d'acide cyanhydrique, mêmes phénomènes que pour le premier lapin.

Donc, dit C., il ne faut pas laisser s'accréditer l'opinion que le cyanure de mercure est susceptible de traumatiser l'endocarde et de déterminer des syncopes cardiaques mortelles. Aux doses habituelles il est bien toléré, et il ne faudrait pas que cette crainte puisse priver les malades atteints d'affections cardiaques ou artérielles des bénéfices de la médication cyanhydrargyrique. H. Rabeau.

La spermoculture, par Gory et Jaubert. *Presse médicale*, XXXVIe année, no 25, 28 mars 1928, p. 389, 1 fig.

Les auteurs exposent leur technique de spermoculture et insistent justement sur les précautions à prendre pour un ensemencement correct, les milieux à utiliser (milieu de Giscard, de Tempé, milieux à l'ascite et au sang), milieux à réaction acide ajustée à pH 6^4-6^8. L'examen du sperme réclame une technique sévère et le diagnostic du gonocoque ne sera porté qu'après étude des propriétés biologiques de la souche purifiée en partant d'une colonie sur gélose. La spermoculture leur apparaît comme la méthode de choix, de beaucoup préférable à toutes les épreuves sérologiques. Sur 291 spermes normaux ils ont pu déceler le gonocoque dans 15 cas, soit 5,17 o/o. Sur 459 spermes purulents ou inflammatoires 274 fois le gonocoque a été trouvé, soit 59,69 o/o. — Elle sera pratiquée 4 à 6 semaines après la fin du traitement, un premier résultat négatif sera confirmé par le nouvel examen pratiqué quelques mois plus tard. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Métalloprévention de la syphilis, par C. Levaditi en collaboration avec Mlle R. Schœn (partie expérimentale et histologique) et Mlle Y. Manin (partie analytique). *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLII, no 2, février 1928, p. 105, XLI diagrammes, 2 fig.

Sazerac et Levaditi établirent dès leurs premières expériences que le Bi exerçait non seulement une action curative profonde et durable mais aussi la prévention des infections spirochétiennes. Dans ce substantiel mémoire L. et ses collaborateurs exposent le résultat de leurs recherches concernant la métalloprévention dans ses rapports avec le dosage des réserves métalliques tissulaires d'une part, le mode de résorption des dérivés telluriques ou bismuthiques d'autre part; le mécanisme de la métalloprévention, la réalité de l'action stérilisante profonde du tellure et du bismuth administrés préventivement. Les auteurs ont utilisé le tellure en suspension glycosée, et le trioxyde de tellure en suspension huileuse, par voie intramusculaire, et étudié l'efficacité préventive de ces préparations, la durée de la prévention et son mécanisme. L'efficacité préventive est en fonction du potentiel métallique tissulaire considéré au moment même où on pratique l'inoculation d'épreuve.

Le Bi a été administré par voie intramusculaire : tartrate basique en solution huileuse, Bi métallique en suspension glycosée. Nous ne relaterons pas le détail de leurs expériences, dont voici les conclusions.

Le tellure et le bismuth administrés préventivement confèrent un état réfractaire anti-syphilitique durable. Cet état se traduit tant par la non-éclosion d'un chancre à la suite des inoculations d'épreuve, pratiquées à plusieurs reprises et à des époques plus ou moins éloignées, que par la stérilité des ganglions poplités. L'animal reste donc totalement à l'abri de la syphilis (absence d'infection inapparente), ce qui met le bismuth et le tellure sur le même plan que les meilleurs anti-

syphilitiques connus. Le Bi leur est même supérieur, en ce sens que la durée de la prévention bismuthique dépasse de beaucoup celle de la protection par les arsénobenzènes, ou par les dérivés arsénïques administrés *per os*.

Il va de soi que cette action préventive est en fonction de la dose de métal injectée et de la nature du composé utilisé. Le potentiel métallique rénal reflète fidèlement le degré de cette prévention. En effet il ne suffit pas que le métal soit présent dans les tissus pour qu'il y ait protection efficace ; encore faut-il que le taux métallique des organes et en particulier du rein atteigne des valeurs au-dessous desquelles nulle action prophylactique, voire même curative, ne saurait se manifester. Il en est de même de la constitution chimique ou de l'état physique de l'élément administré. A doses égales de Bi ou de Te, certains composés sont plus préventifs que d'autres (tels par exemple les dérivés insolubles de bismuth, par rapport au Bi élément finement divisé). En dernière analyse, tout dépend de l'élaboration plus ou moins rapide et parfaite des composés protéo-métalliques, lesquels assurent la spirochétolyse, et, par conséquent, la prévention ou la guérison de l'infection tréponémique. H. Rabeau.

Application des procédés utilisant les sérums actifs au séro-diagnostic de la syphilis, des manifestations gonococciques et de la tuberculose, par Hugo Hecht (de Prague). *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLII, n° 3, mars 1928, p. 320.

H. qui le premier, en 1908, recommanda l'emploi de sérums actifs pour le séro-diagnostic de la syphilis montre quelle place importante occupent ces méthodes dont il étudie rapidement les diverses techniques insistant sur le choix judicieux de l'antigène et la mesure de l'index hémolytique.

Il a appliqué sa technique au diagnostic des affections gonococciques ; n'importe quel vaccin gonococcique polyvalent renfermant au moins un milliard de germes par centimètre cube peut être utilisé comme antigène, après un titrage rigoureux. Les résultats devront toujours être confrontés avec l'observation clinique. Une réaction négative n'exclut pas le diagnostic de gonococcie, une gonoréaction positive avec un B.-W. négatif permet de l'affirmer. Une gonoréaction positive devenue négative après traitement ne permet pas d'affirmer l'extinction de l'infection gonococcique. Lorsque la réaction de B.-W. et la gonoréaction sont toutes deux positives aucune conclusion ne sera possible concernant l'infection gonococcique.

En se servant de l'antigène de Boquet et Nègre, H. a appliqué sa méthode au diagnostic de la tuberculose avec des résultats concordant avec ceux de l'observation clinique. Les mêmes réserves que pour la gonoréaction doivent être faites. De plus aux périodes cachectiques la réaction est souvent négative.

H. estime que les procédés au sérum frais peuvent remplacer la réaction classique de Bordet-Gengou. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Le sort du bismuth insoluble dans l'organisme, par Galliot. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine*, n° 4, 23 février 1928, p. 93.

G. a fait radiographier en série les fesses de malades ayant reçu des séries d'injections de sels insolubles et a constaté que, plusieurs années après, les radio lui montraient la persistance des taches bismuthiques. Lorsqu'on fait une série d'injections de sels insolubles une petite partié de médicament est utilisée thérapeutiquement, l'autre s'enkyste et ne sert à rien. Quel sera l'avenir de ce stock de bismuth retenu dans l'organisme ? H. Rabeau.

Le séro-diagnostic de la tuberculose par la méthode de Verne s à la résorcine, par Tilmant. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 5, 9 mars 1928, p. 133.

T. a appliqué cette réaction à l'étude de 178 malades ; 241 réactions ont été faites, et parallèlement la réaction de Besredka, la réaction de fixation B.-W. sérum chauffé et sérum non chauffé, réaction de floculation de Vernes. La réaction de floculation à la résorcine s'est toujours trouvée pathologique dans les cas de tuberculose en évolution, qu'il s'agisse de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, osseuse... Elle a toujours évolué dans le même sens que la gravité des lésions ; parfois le relèvement du chiffre de la densité optique a précédé de plusieurs jours l'apparition des signes cliniques d'aggravation ou l'éclosion de lésions locales.

La floculation peut apparaître chez des individus ne présentant pas de lésions tuberculeuses, mais soumis à des traitements spécifiques. Dans ces cas elle est transitoire et disparaît après la cessation des traitements. Elle peut se trouver pathologique dans certaines infections graves, dans certaines néoplasies à la période cachectique. Néanmoins on peut affirmer que nous possédons une réaction éminemment sensible permettant de suivre pas à pas l'évolution d'une tuberculose et permettant d'en établir la courbe évolutive. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux (Paris).

Les conflits thérapeutiques dans les traitements antisyphilitiques, par G. Milian. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e sér., 44e année, n° 7, 1er mars 1928, p. 306.

M. a étudié méthodiquement les réactions fébriles, que peut provoquer chez les syphilitiques la médication spécifique. Il présente une série de courbes thermiques de type différent. La réaction-type se caractérise par l'apparition lors de la première injection d'une poussée fébrile, avec frissons et sueurs. Cette réaction ne se reproduit pas ultérieurement. S'il y a en plus vomissement et diarrhée il s'agit d'une réaction d'intolérance et non d'un phénomène d'Herxheimer. La réaction itérative se traduit par une réaction fébrile lorsqu'on passe à une dose supérieure d'arsénobenzol. Il ne s'agit pas là d'intolérance, puis-

que si on répète l'injection à la même dose elle ne se produit plus. On peut atteindre cependant les doses fortes et à ce moment la réaction thermique ne se produit plus. L'étude de ces réactions permet, dit-il, de comprendre de façon précise les conflits thérapeutiques qui s'élèvent dans les cures médicamenteuses entre le virus et le médicament. Ces réactions thermiques évoluent comme le véritable accès palustre, et ne s'accompagnent d'aucun phénomène propre à l'intolérance arsénicale. La preuve de leur nature réactionnelle et non toxique est fournie par leur disparition progressive en poursuivant la thérapeutique.

Ce conflit thérapeutique s'établit surtout aux petites doses, ce qui montre le danger des doses insuffisantes. Les réactions thermiques de même que les réactivations cutanées font comprendre la possibilité de la réalité du réveil de réaction viscérale sous l'influence du traitement.

La persistance de ces conflits thermiques au cours d'une cure renseigne sur l'égale persistance du virus vivant dans l'organisme et sur la nécessité de continuer le traitement, dont la cessation devient ensuite dangereuse. La disparition des conflits thermiques au cours des cures de 914 par l'administration de mercure ou de bismuth montre que très souvent ces deux médicaments ont une action curative supérieure au médicament arsenical. Ces réactions peuvent être expliquées non par une défaillance de l'organisme (anergie) mais par une stimulation du parasite.

M. Sicard, fait remarquer que tout choc humoral chez le tabétique est susceptible de donner une poussée algique ; on ne saurait donc interprêter cette aggravation de douleurs comme le témoin d'une réaction d'Herxheimer. De même toute éruption spécifique ou non est susceptible de s'intensifier sous l'influence d'une cause quelconque, de préférence pyrétogène.

Pour Jausion les réactions fébriles consécutives à l'administration de l'arsenic ne sont pas spécifiques ; la fièvre arsenicale peut se montrer chez des sujets non spécifiques.

M. Netter estime au contraire, comme M. Milian, que les poussées fébriles succédant aux injections de néosalvarsan sont une manifestation de même ordre que la réaction d'Herxheimer, et témoignent d'une activation du virus syphilitique. H. Rabeau.

Les réactions thermiques consécutives aux injections intraveineuses, par H. Flandin. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, no 7, 1er mars 1928.

Milian a montré un certain nombre de courbes thermiques de syphilitiques secondaires soumis au traitement par les injections intraveineuses de novarsénobenzol.

F. estime que Milian les observe plus fréquemment parce que sa technique est différente. Ces réactions thermiques sont dues plutôt à l'eau injectée qu'au novarsénobenzol dilué dans cette eau, Milian restant partisan des injections diluées. Il s'agit d'une réaction perturbatrice, dit-il, non d'une réaction médicamenteuse. H. Rabeau.

Atrophie optique et paralysie du protoneurone moteur d'origine hérédo-syphilitique, par Gaté, Berri, Fouilloud-Bruyal et Christy. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 7e série, 44e année, no 7, 1er mars 1928, p. 350.

Observation intéressante d'un jeune malade de 16 ans qui présenta à l'âge de 11 ans une atrophie optique bilatérale lentement évolutive. Puis apparurent au niveau du membre inférieur gauche des troubles moteurs, de l'atrophie que les auteurs rapportent à une lésion du protoneurone moteur sans qu'il leur ait été possible de fixer le point précis du neurone atteint. La cause de ces phénomènes morbides malgré des réactions sérologiques négatives, est l'hérédo-syphilis. Le traitement antisyphilitique donna des résultats remarquables sur les phénomènes oculaires. L'atrophie et la paralysie du membre supérieur ont rétrocédé de façon considérable et on peut espérer dans l'avenir une guérison. H. Rabeau.

A propos des conflits thérapeutiques dans le traitement de la syphilis, par Milian. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, no 9, 15 mars 1928, p. 437.

L'auteur fait remarquer que les réactions thermiques ne sont pas plus fréquentes dans son service que dans ceux de ses collègues. Les sept courbes consécutives aux injections de 914 prescrites par lui avaient été choisies parmi les tracés de plusieurs années. Les réactions thermiques ne sont pas dues à l'eau injectée, mais il montre qu'elles sont bien le fait d'un conflit thérapeutique entre le tréponème et le médicament. H. Rabeau.

Résultat de la cryothérapie des angiomes de la face chez le nourisson Importance pour la guérison des angiomes des paupières, par Lortat-Jacob *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, no 11, 29 mars 1928, p. 527.

La cryothérapie s'avère dans ces angiomes chez le nourrisson comme la méthode de choix au point de vue esthétique. L'auteur montre les résultats observés par lui en particulier dans l'angiome des paupières dont le traitement restait autrefois un problème délicat.

H. Rabeau.

Qu'il est souvent dangereux de traiter par les arsénobenzènes les syphilitiques tuberculeux, par R. Marcland. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, no 11, 29 mars 1928, p. 549.

A propos de 2 observations où l'on voit avec netteté une tuberculose à peine soupçonnable, en tout cas torpide et bien tolérée, subir une poussée évolutive grave dès les premières injections de 914, M. recommande d'ausculter avec soin les poumons de tous les syphilitiques présentant une poussée fébrile après les injections de novar. Bien souvent (3 fois sur 4 dit-il) il s'agit d'une congestion évolutive d'un foyer bacillaire insoupçonné et considéré comme guéri. Chez les syphilitiques tuberculeux, comme chez les simples tuberculeux, les arsenicaux sont très souvent contre-indiqués et difficiles à employer.

H. Rabeau.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

A propos de l'épiloïa, par L. Babonneix. *Archives de médecine des Enfants*, t. XXI, n° 3, mars 1928, pp. 133-147, 9 planches.

Mémoire très complet et très documenté sur ce syndrome décrit par Sherbock et caractérisé par l'existence d'adénomes sébacés et de tumeurs viscérales chez des épileptiques. L'auteur montre qu'il s'agit de la sclérose tubéreuse du cerveau décrite par Bourneville en 1880 et dont l'étude a été reprise depuis par maints auteurs. A. Bocage.

Lyon Médical.

Lèpre à caractères cutanés anormaux avec prurit intolérable persistant à type de prurigo ferox, par Nicolas, Jean Lacassagne et Vachez. *Lyon médical*, 60e année, t. CXLI, 11 mars 1928, p. 296.

L'affection de ce malade a débuté il y a 7 ans au Maroc. Elle fut papuleuse d'emblée, s'accompagnant d'un prurit tel, que tour à tour, on porta le diagnostic de gale, puis de lichen. Les thérapeutiques les plus variées ne purent arrêter l'évolution de cette dermatose.

En 1927, le malade est envoyé à l'hôpital Saint-Louis. Là, on pensa bien à une maladie de Hansen, mais une série d'examens de laboratoire restant négatifs, on porta le diagnostic de prurigo avec lichénification géante.

Cinquante piqûres d'adrénaline furent pratiquées sans résultat.

A l'entrée du malade, à l'Antiquaille, on constate des nodules fibreux, des papules, de gros éléments lichénifiés centrés par une pustule qui, lorsqu'elle se vide, laisse une cupule nécrotique, puis une cicatrice.

Ces lésions sont généralisées.

Lésions ulcéreuses et très douloureuses de toute la cavité buccale.

Adénopathies volumineuses inguinales, cervicales et axillaires.

Peu de troubles nerveux.

L'examen du mucus nasal est demeuré négatif. Au contraire l'examen direct du pus des pustules ainsi que la biopsie, ont montré de nombreux bacilles de Hansen. Jean Lacassagne.

Marseille Médical.

Syphilis arsénorésistantes, par J. Nicolas et Jean Lacassagne. *Marseille Médical*, 15 mars 1928.

Les auteurs ont observé dans la région lyonnaise des cas assez nombreux d'arsénorésistance caractérisés par des récidives précoces, des guérisons tardives ou même par l'éclosion de nouveaux accidents en cours de traitement. Ces faits sont délicats à interpréter. Ils imposent cependant l'obligation de « tâter le malade » pour instituer la thérapeutique la plus efficace. P. Vigne.

En marge des formules de traitement de la syphilis par cures intermittentes à rythme discontinu, par E. Gaujoux et Bourret. *Marseille Médical*, 15 mars 1928.

Les auteurs proposent, au lieu du traitement habituel de la syphilis par cures intermittentes, un traitement d'attaque intensif prolongé pendant 6 mois au moins.

Il est nécessaire d'aller jusqu'à la saturation médicamenteuse et de la maintenir dans la limite du parfait fonctionnement des émonctoires.

Par la suite s'il n'y a plus d'accidents et que le B.-W. soit encore positif, continuer la thérapeutique ; si la sérologie est négative, suspendre le traitement et faire tous les ans une cure de consolidation thérapeutique de quatre mois. P. Vigne.

Contribution à l'étude des pleurésies syphilitiques secondaires, par Gaté et Barral. *Marseille Médical,* 15 mars 1928.

G. et B. apportent une observation très complète de pleurésie sérofibrineuse, évoluant chez une malade sans antécédents tuberculeux, au cours d'une syphilis secondaire floride. L'épanchement, d'évolution lente, sans toux, sans dyspnée, est une trouvaille d'auscultation. Le liquide présente un B.-W. positif et l'inoculation au cobaye est négative. P. Vigne.

L'épithélioma pagétoïde, par Paul Vigne. *Marseille Médical,* 15 mars 1928.

L'auteur apporte quatre observations d'épithélioma pagétoïde, trois chez des malades âgés, une chez une jeune fille de 23 ans qui présentait en outre sur la face de multiples points d'épithéliomatose.

L'examen histologique offre l'aspect du basocellulaire pur. Les boyaux épithéliomateux restent superficiels. Nulle part dans l'épithélium on ne trouve d'altérations dyskératosiques.

Les quatre cas ont guéri : un par le radium, les trois autres par l'électrocoagulation. P. Vigne.

Un type de fibrome cutané : le fibrome en pastille, par Civatte. *Marseille Médical,* 15 mars 1928.

Etude clinique, histopathologique et thérapeutique du fibrome en pastille avec trois observations.

Il s'agit de petites tumeurs d'un diamètre maximum de un centimètre, nodulaires, aplaties, siégeant de préférence aux membres. Ces fibromes sont peu saillants et comme sertis dans la peau saine. Le toucher montre un nodule d'une dureté ligneuse, à contours très limités, s'accroissant lentement et non douloureux. Au total tumeur bénigne de l'âge mûr.

Histologiquement, sous un épiderme épaissi avec hyperacanthose et hyperpapillomatose, on trouve le tissu néoformé qui dissocie le chorion et peu à peu se substitue à lui. Cette masse néoplasique, sans capsule fibreuse, est formée de grandes travées fibrocellulaires entrecroisées, retenant entre elles, de gros fibroblastes fusiformes à noyaux volumineux : c'est le type idéal du fibrome pur. Il ne présente pas l'aspect de la tumeur décrite par M. Darier sous le nom de fibrome progressif et récidivant.

Le seul diagnostic réellement délicat est à faire avec le nævocarcinome. Il s'est posé deux fois sur les trois observations rapportées par l'auteur. Dans ce cas la biopsie est indispensable.

La thérapeutique, qui ne s'impose d'ailleurs que pour des considérations esthétiques, pourra être l'ablation chirurgicale, l'électrolyse ou l'électrocoagulation. P. VIGNE.

La Loire Médicale (Saint Etienne).

Le dépistage de la syphilis dans les maternités, par CH. LAURENT et M. PEYROT. *La Loire Médicale*, 42e année, n° 3, mars 1928, p. 132.

La réaction sérologique a été systématiquement employée chez les femmes venant accoucher dans les diverses maternités de Saint-Etienne, Roanne, Saint-Chamond et Montbrison.

Les auteurs ont obtenu un pourcentage de 4,5 o/o de résultats positifs. Cela est peu et il ne faudrait pas conclure que la syphilis n'atteint que 5 o/o, de la population des maternités.

D'ailleurs il arrive souvent de ne pouvoir dépister sérologiquement une syphilis certaine cliniquement.

Il faut donc bien se pénétrer de cette idée que la clinique et surtout l'examen du passé obstétrical sont plus importants, dans le dépistage de la syphilis de la femme enceinte, que les résultats sérologiques.

JEAN LACASSAGNE.

Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier.

L'autodermothérapie du psoriasis par l'électrocoagulation, par MARGAROT, GONDARD et DUFOIX. *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, mars 1928.

Les auteurs apportent deux observations de psoriasis traité par la méthode d'autodermothérapie décrite récemment par P. Ravaut.

L'électrocoagulation de quelques taches a permis la régression à distance des autres éléments cutanés. Si les récidives se produisent, elles sont plus discrètes. Dans tous les cas, l'auto-dermothérapie, si elle n'entraîne pas toujours la guérison, est susceptible de fragiliser les éléments et de permettre un blanchiment rapide avec des traitements qui n'avaient donné jusque-là que des résultats nuls ou insignifiants. P. VIGNE.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la question de l'immunité dans le zona (Zur Frage der Immunität nach Herpes Zoster), par M. OBERMAYER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 9, mars 1928, p. 297.

Il est classique d'admettre que le zona ne récidive pas et qu'il se crée une véritable immunité après l'éruption. O. relate l'observation d'un homme de 32 ans, bien portant, qui présente depuis 1924 des

récidives espacées de 2 à 4 mois, avec systématisation et développement progressif de l'éruption, troubles généraux, douleurs névralgiques et adénopathie régionale. L'éruption apparaîtrait le plus souvent après des excès sexuels et après une incubation de 2-4 jours. O. explique cette particularité par l'excitation des centres sympathiques médullaires. L. CHATELLIER.

Contribution à la question du zona [Beiträge zur Zosterfrage (II)], par GLAUBERSOHN et WIELFAND. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 9, mars 1928, p. 300, 2 fig. in-texte.

Les A. après avoir résumé et critiqué les travaux antérieurs sur la contagion et l'inoculation expérimentale du zona chez l'animal et chez l'homme, rapportent leurs expériences personnelles. A 2 enfants de 19 et 13 semaines ils inoculent au bras le contenu d'une vésicule de zona, développé sur une enfant de 8 ans. Pas de contact entre la malade et les deux enfants inoculés, qui étaient indemnes de varicelle et de syphilis, et non vaccinés. Avec chacun des 2 enfants inoculés et vivant isolés l'un de l'autre, les A. font cohabiter un autre enfant non inoculé. Un seul des enfants inoculés fit une réaction papulo-vésiculeuse locale, suivie d'une éruption papulo-vésiculeuse très discrète sur le tronc, la face, l'avant-bras. Ce même enfant réinoculé, 2 mois après avec le contenu d'une vésicule prélevée sur une autre malade, fit une éruption bulleuse généralisée. Les deux enfants témoin n'ont jamais présenté ni zona ni varicelle. L. CHATELLIER.

La valeur clinique du mélange de Linser, sublimé néosalvarsan, éprouvée par son action sur le liquide céphalo-rachidien (Die Klinische Verwertbarkeit des Linserschen Sublimat-Neosalvarsan-Gemisches, geprüft an seiner Einwirkung auf die Lumbalflüssigkeit). par H. DÜBBERS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 10, mars 1928, p. 331.

De l'étude de 56 malades (chancre, S^2 avec ou sans lésions liquidiennes, S. latentes, S^3) traités par la méthode de Linser, D. conclut à la prompte action du mélange sur le spirochète, à son efficacité sur le liquide céphalo-rachidien et à l'absence de provocation méningée. Néanmoins, D. reste fidèle à la thérapeutique classique As, associée à Hg et Bi, car la méthode de Linser strictement appliquée n'empêche pas les récidives. L. CHATELLIER.

Deux cas de fistule congénitale de l'oreille (Zwei Fälle von Fistulœ auris congenitæ), par A. STEINER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 10, mars 1928, 2 fig. in-texte.

S. rapporte 2 observations de cette malformation rare, qui mérite d'être connue à cause des erreurs qu'elle occasionne (l'un de ses malades avait été traité pendant des années pour lupus). Toute affection chronique dans le voisinage du tragus ou de l'hélix doit y faire penser. Le traitement est l'ablation. Histologiquement on trouve un conduit tapissé d'épithélium pavimenteux, avec ou sans ébauches pileuses. L. CHATELLIER.

Sur une mycose chez le singe, probablement due à l'achorion gypseum (Uber eine Pilzerkrankung beim Affen, hervorgerufen wahrscheinlich durch Achorion gypseum), par H. Hoffmann. *Dermatologische Wochenschrift*, LXXXVI, nº 11, mars 1928, p. 353.

Sur un singe inoculé avec le pus d'une lymphogranulomatose inguinale, se développa une éruption, qui ressemblait au pityriasis rosé et guérit spontanément au bout de 4 semaines. Le parasite se rapprochait de l'achorion gypseum. Inoculations positives des cobayes et à deux autres singes; l'affection chez les uns et les autres rétrocèdent spontanément. Sur l'homme, l'inoculation provoque une lésion circinée.

L. Chatellier.

Epreuves comparatives des fonctions hépatiques dans la syphilis (Vergleichende Leberfunktions prüfungen bei Syphilis), par O. Blatt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 11, mars 1928, p. 360.

B. étudie les fonctions hépatiques par la réaction du galactose dans le sang et les urines, par le « cholegnostyl », par la recherche de l'urobiline, des pigments biliaires, etc. Sont ainsi examinés : 50 syphilitiques et 20 dermatoses. Les 50 syphilitiques donnent 17 résultats positifs, soit 34 o/o et les 20 dermatoses 6, soit 30 o/o. De ces recherches, B. conclut : que les altérations du foie doivent être recherchées par plusieurs méthodes à la fois; que les plus grandes altérations hépatiques se voient dans la syphilis tardive; que As exerce une action nocive sur le foie; qu'on peut ainsi différencier un ictère catarrhal bénin d'altérations hépatiques graves et que la syphilis est responsable de bien des altérations hépatiques. L. Chatellier.

Recherches thérapeutiques contre la lèpre (Uber Behandlungsversuche bei der Lepra, par W.-H. Hoffmann (de la Havane). *Dermaologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 12, mars 1928, p. 334.

D'après une expérience portant sur 200 malades, H. conclut que les médicaments de chaulmoogra sans cesse améliorés (antiléprol = éthers de chaulmoogra) donnent des résultats parfois excellents, capables d'aboutir à la guérison. Le chrysolgan a aussi une action véritablement spécifique sur les lésions de l'œil. Il y a cependant encore bien des progrès à faire; en particulier, il faut faire un traitement aussi précoce que possible. Il ne faut pas se contenter d'isoler les lépreux, il faut aussi les traiter activement et s'efforcer de les guérir.

Ch. Audry.

Granulome annulaire chez la mère et la fille. Granuloma annulare bei Mutter und Tochter, par M. Schubert. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 12, mars 1928, p. 381.

La mère âgée de 34 ans; la fille âgée de 8 ans. Pas de trace de tuberculose. Ch. Audry.

Nouvelles méthodes de traitement de la lèpre (Neuere Behandlungs methoden der Lepra), par P. Unna jun. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 12, mars 1928, p. 383.

U. insiste sur les préparations de chaulmoogra (il utilise un

mélange d'éthers de chaulmoogra, d'huile camphrée et de thymol) et sur la méthode de Paldrock (applications externes de neige carbonique). U. réduit quelquefois à 1 ou 2 secondes le temps d'application de la neige carbonique mais le plus souvent, il le porte comme Paldrock même à 15 secondes, c'est-à-dire jusqu'à phlycténisation.

Ch. Audry.

Schyzosaccharomycose sycosiforme (Schizosaccharomycosis sycosiformis), par T. Benedek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 13, 31 mars 1928, p. 425.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 33 ans porteur d'un sycosis de la moustache, avec rhagades de la commissure labiale et du sillon naso-jugal, avec pustules et nodules de la face droite, — et en plus des nodules pustuleux de l'aisselle gauche et du pubis. La culture donna un : schizosaccharomycète accompagné de 3 variétés d'autres levures, et de staphylocoque doré. Sérodiagnostic au sacchar., positif, ainsi que l'agglutination.

Dans un second cas, le sycosis s'accompagnait d'exfoliation palpébrale, de blépharite, d'alopécie du cuir chevelu. Dans le dernier cas, B. retrouve son schizosaccharomycète non seulement dans les squames, mais encore dans le sang circulant.

B. conclut que le sycosis dit coccogène résulte d'une infection mixte par les staphylocoques associés au schizosaccharomycète.

Ch. Audry.

Observations sur l'épilation par le thallium. Ein Kasuistischer zur Frage der Thalliumépilation, par H. Ritter et Karrenberg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 13, 31 mars 1928, p. 434.

Deux frères âgés de 5 et 6 ans atteints de microsporie, traités par l'acétate de thallium (0,008 par kil.) dans un but d'épilation ont présenté quelques jours après la fin de la cure des accidents mentaux graves, en même temps que des manifestations érythémateuses, etc. D'autres troubles nerveux ont déjà été signalés ; R. et K. croient que le traitement radiothérapique est moins dangereux que le thallium et reste la méthode de choix. Ch. Audry.

Dermatologische Zeitschrift (Bonn-s.-Rhin).

Sur un cas singulier d'atrophie progressive de la peau et des muscles à distribution unilatérale et segmentaire avec troubles pigmentaires (Uber einen eigentümlichen zum Teil segmentär und halbseitig angordueten Fall von progredienter Atrophie der Haut und der Muskel mit Pigmentverschiebung), par S. Peck et M. Kartagener. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 2, 1928, p. 81 (3 fig.).

Homme de 22 ans; les troubles pigmentaires ont apparu il y a 10 ans ; depuis 2 ans, gêné de la marche. Les troubles cutanés consistent dans une hyperpigmentation diffuse ou en traînée occupant surtout la moitié gauche du corps (aussi la face entière, l'épaule gauche, etc.), superposée par endroits à des zones d'atrophie cutanée. Au

microscope, atrophie cutanée avec hyperchromie diffuse, des lésions très faibles de l'hypoderme (manchons inflammatoires périvasculaires, atrophie partielle du réseau élastique, etc.). Pas de signes de dégénérescence, ni de vascularite, atrophies musculaires multiples limitées à peu près exclusivement au même côté (gauche) avec un seul muscle touché du côté droit.

Il ne s'agit pas de sclérodermie, mais d'atrophies circonscrites systématisées de la peau et des muscles avec troubles pigmentaires. Les atrophies musculaires ne sont pas d'origine nerveuse centrale, mais appartiennent à la dystrophie musculaire du type Erb. On a décrit quelques cas où cette maladie s'accompagnait de troubles cutanés. L'étiologie reste en ce cas tout à fait indéterminée, bien qu'on puisse supposer qu'il s'agit de troubles endocriniens. Ch. Audry.

Actions de substances chimiques sur le gonocoque dans l'organisme animal. Wirkung chemischer Mittel auf Gonokokken in Tierorganismus, par A. Colin et L. Abraham. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 2, 1928, p. 94.

C. et A. ont étudié l'action d'un certain nombre de substances chimiques administrées à des souris blanches dans le péritoine desquelles on avait injecté des cultures de gonocoques, cultures qui provoquent habituellement une péritonite aiguë. En même temps que les cultures on injectait le médicament expérimenté. L'animal était sacrifié au bout de 3 heures et l'on réensemencait le liquide péritonéal. Dans ces conditions, seuls les dérivés de l'acridine ont donné des résultats chimiothérapiques positifs, un peu plus prononcés s'il s'agissait de jeunes souches du gonocoque. Ch. Audry.

Influence de l'opothérapie sur le R.-W (Der Einfluss der Opothérapie auf die Wassermannsche Reaktion, par Michælides et Klimimis. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 2, 1928, p. 100.

En cas de R.-W., irréductibles par les traitements spécifiques, et indépendants de toute manifestation syphilitique applicable, on peut faire disparaître cette R.-W. en administrant, soit par la bouche, soit sous la peau, des substances opothérapiques (thyroïdiennes, hypophysaires, ovariennes) généralement associées. Les auteurs ne sont pas en état d'attribuer une efficacité spéciale à telle ou telle opothérapie. Le mécanisme de cette action reste entièrement indéterminé.

Ch. Audry.

L'Acétate de thallium comme épilatoire dans le traitement des dermatomycoses (Erigsausses Thallium als Epilationsmittel bei Behandlung der Dermatomykosen, par Grshebus et Salzmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 2, 1928, p. 105.

Les auteurs ont eu d'excellents résultats dans 93 cas traités. Il faut employer des tablettes bien dosées et ne traiter que des enfants sains. En procédant de la sorte, ils ont observé 25 fois des accidents toujours légers ; mais il faut rester au-dessous de 8 milligrammes par kilo. Les auteurs ont d'ailleurs suivi exactement la technique de Büshke et Langer. Ils sont contents de la méthode, surtout, semble-t-il, parce

qu'elle est plus facile, plus expéditive et moins coûteuse que la radiothérapie. Ch. Audry.

Durée de la vie du spirochète. Lebensdauer der Spirochète pallida, par Kissmeyer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 2, 1928, p. 114.

A propos du travail de Kadisch sur la résistance vitale du spirochète K. rappelle qu'une culture maintenue 3 mois à — 16 c. est restée vivante. Ch Audry.

Sur les inclusions dans les cellules urétrales au cours de la blennorrhagie chronique. Uber Einschlüsse in der Harnrohrenepithelien bei chronischer Urethritis, par H. Schmitz. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 2, 1928, p. 117 (1 fig.).

Martin et Romieu ont signalé dans les cellules des sécrétions de la blennorrhagie chronique des inclusions granuleuses d'apparence pseudo-parasitaire qu'ils ont rapportées à la kératohyaline de l'éléidine. S. confirme ces faits, à cela près qu'il ne les a jamais vues accompagnées des gonocoques. Il pense qu'il s'agit seulement de kératohyaline et non d'éléidine. Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

La fluorescence au point de vue dermatologique, par Goodman. *The British Journ. of Dermatol. and Syphilis*, n° 473, mars 1928, p. 105.

Ayant un jour oublié de mettre sa montre à son poignet, G. remarqua, qu'à la lumière de Wood, son poignet présentait une bande jaune à l'endroit où habituellement se trouvait le ruban de sa montre. A la lumière du jour la peau de cette région ne se différenciait pas de la peau avoisinante. Il en conclut que la lumière de Wood est capable de mettre en évidence des altérations de la peau que l'œil le plus exercé ne peut distinguer. Cette constatation l'incita à examiner toutes les dermatoses à la lumière de Wood.

Il est impossible de reproduire ici l'énumération des aspects divers qui sont constatés, mais il n'est pas douteux que, pour un œil exercé, cet examen peut être d'un grand secours pour le diagnostic dermatologique.

D'une façon générale toutes les productions cornées et kératosiques, les squames, les dents, les ongles, les paumes des mains, sont douées d'une fluorescence claire, ainsi que les cheveux blonds (naturels) et blancs ; plus les cheveux sont pigmentés, moins ils sont fluorescents. Les lésions inflammatoires de la peau, les collections sanguines (angiomes), les cicatrices, les pigmentations, diminuent ou suppriment la fluorescence normale de la peau, proportionnellement à leur intensité. La peau des nègres présente une fluorescence spéciale, qui la distingue d'une peau pathologiquement pigmentée. La fluorescence est augmentée lorsqu'il y a absence ou défaut de pigment (vitiligo, leucodermie). A la suite de la radiothérapie on observe une fluorescence spéciale dont l'intensité a paru être en raison inverse de la tolérance aux rayons et qui permet de juger de l'opportunité de répéter les

applications. La fluorescence exagérée des cheveux teigneux à la lumière de Wood est déjà bien connue : elle permet de reconnaître les teignes dès leur début et de dépister les cheveux malades en cours de traitement. Les mycoses épidermiques, telles que le pityriasis versicolore, peuvent aussi être aisément diagnostiquées.

Les substances chimiques, même à l'état de traces, donnent à la lumière de Wood des teintes vives et inattendues : c'est ainsi qu'on reconnaîtra facilement les cheveux teints, les fausses dents et même leur provenance (les dents fabriquées en France sont douées d'une fluorescence jaune qui leur est particulière). Chez les personnes qui se servent de crayon pour les lèvres ou qui mastiquent du chewing-gum, il est possible, non seulement de reconnaître l'usage de ces produits, même après nettoyage et lavage, mais encore de préciser leur marque, chacune d'elles donnant des colorations différentes.

S. Fernet.

Bruxelles Médical.

Influence de l'arsenic et du bismuth sur les ganglions de la maladie de Hodgkins, par Michaëlis, Bruxelles. *Bruxelles Médical*, 8e année, n° 20, 18 mars 1928, p. 677.

Observation d'un malade chez lequel l'eparseno et le benzo-bismuth firent disparaître une série de gros ganglions indurés. Le traitement par l'eparseno ayant occasionné un érythème arsenical, et les ganglions ayant réapparu, on tenta un traitement par le benzo-bismuth qui eut lui aussi une action rapide. Mais peu après l'évolution de la maladie se poursuivit, et malgré le traitement par les rayons X la malade succomba « dévorée par son lymphosarcome ». M. ne pense pas qu'il faille attribuer l'action de ces médicaments à un terrain hérédo-syphilitique sur lequel aurait évolué la maladie de Hodgkins. Il signale les infiltrations secondaires d'organes para-ganglionnaires qui pourraient prêter à erreur.

H. Rabeau.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Phlébite syphilitique aiguë, par Morrow et Epstein. *Archives of Dermatol. and Syphilology*, vol. 17, n° 3, mars 1928, p. 309.

M. et E. citent, en raison de sa rareté, un nouveau cas de phlébite syphilitique secondaire chez un homme de 30 ans. On retrouve dans cette observation les caractères particuliers de cette phlébite : l'absence de phénomènes généraux, l'atteinte simultanée de plusieurs veines, la tendance aux récidives, l'absence d'embolus facilement mobilisable, l'efficacité rapide du traitement ; les signes locaux, peu marqués, donnent à ces phlébites une certaine analogie d'aspect avec l'érythème noueux.

S. Fernet.

L'action des bains très chauds sur la syphilis expérimentale, par Schamberg et Anna Rule. *Archives of Dermatol. and Syphilology*, vol. 17, n° 3, mars 1928, p. 323.

S. et R. ont observé dans une première série d'expériences que 11 bains chauds quotidiens empêchaient le développement de la syphilis expérimentale chez les lapins inoculés. Ces bains à 42°-43° élèvent la température des lapins de 4°. Ils ont constaté aussi que les inoculations pratiquées avec une suspension de Tréponèmes qui a séjourné pendant une heure à la temp. de 41°C étaient négatives, quoique cette suspension contînt encore des Tréponèmes nombreux et mobiles.

Les nouvelles expériences de S. et R. sont moins démonstratives : quelques lapins inoculés avec une suspension tréponémique, chauffée pendant une heure et demie à 40°C, ont présenté des chancres scrotaux après 56, 59 et 82 jours ; d'autres sont restés indemnes, alors que toutes les inoculations avec tréponèmes non chauffés ont été positives.

Les bains chauds exercent aussi une action sur la Syphilis expérimentale en évolution. Les chancres scrotaux des lapins guérissent, à la suite de 15 bains quotidiens, aussi rapidement, par conséquent, qu'après des injections d'arsénobenzol ou de bismuth. L'inoculation des ganglions inguinaux de ces lapins à des animaux sains est restée négative. On peut donc considérer comme certaine la possibilité de guérison de la syphilis expérimentale primaire du lapin par les bains chauds répétés.

Afin d'étudier l'action des bains chauds sur la syphilis expérimentale secondaire, S. et R. ont castré les lapins du côté de l'inoculation 10 jours après celle-ci. On observe quelquefois dans ces conditions la production de syphilomes secondaires sur des régions diverses. L'un des lapins castrés par S. et R. présenta 56 jours après l'inoculation un syphilome ulcéreux d'une patte et une lésion testiculaire du côté opposé. A la suite de 15 bains chauds les deux lésions furent totalement cicatrisées. Cependant, lorsque 138 jours après la première inoculation on greffa à un animal sain un ganglion inguinal de ce lapin, on vit apparaître, après 36 jours, un syphilome scrotal typique, contenant de nombreux tréponèmes. Il fut ainsi démontré que le nombre de bains chauds suffisant pour stériliser d'une façon constante les lapins porteurs de syphilomes primaires n'est pas suffisant pour les guérir de la syphilis secondaire.

Une tentative d'expérimentation a aussi été faite chez l'homme ; elle n'a porté que sur quelques cas isolés, pris au hasard. Les malades étaient plongés quotidiennement dans des bains à 37° dont on relevait progressivement la température jusqu'à 43°-44° suivant la tolérance. Après 30 à 50 minutes, l'eau était graduellement refroidie. On arrivait ainsi à faire monter la température des malades à 40°-41°. La température redevenait normale 1/2 h. à 1 heure après le bain. Aucun fait frappant ne s'est dégagé de ces premiers essais de traitement de la syphilis. Dans quelques cas les réactions sérologiques ont paru s'atténuer légèrement ainsi que les lésions cutanées, mais aucune conclusion n'est permise à l'heure actuelle. S. et R. pensent du reste que la pyrétothérapie appliquée sous cette forme ne sera jamais, au cas même où elle se montrerait efficace, qu'un adjuvant aux divers traitements spécifiques.

S. Fernet.

Les champignons et les mycoses, par Castellani. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. 17, nº 3, mars 1928, p. 354.

Ce chapitre final de l'exposé complet des mycoses est consacré aux prurits mycosiques et microbiens des régions anales et vulvaires, au tokelau, au caraté et à l'accladiose.

C. recommande pour le traitement de l'épidermophytie inguinale, en dehors de l'alcool iodé, du nitrate d'argent, de la chrysarobine, une pommade de Whitfield modifiée (ac. phénique 0 gr. 3, acides salicylique et benzoïque ââ 1 à 2 gr., pétrole, 31 gr), une mixture de la composition suivante : soufre précipité et ac. salicylique ââ 1 gr. 95, pétrole 31 gr. et les badigeonnages à la carbofuchsine.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Etiologie et résultats du traitement de l'urticaire et de l'œdème angioneurotique, par Menagh. *The Journ. of the American Medic. Associat.*, vol. XC, nº 9, 3 mars 1928, p. 668.

M. a réuni 260 cas d'urticaire et d'œdème anaphylactiques dont il a cherché à préciser l'étiologie. 30 o/o de ces cas réagissaient positivement aux injections d'allergines protéiniques diverses : aliments, pollen, etc. 48 o/o des cas ne réagissaient pas aux allergines habituellement employées, mais présentaient des infections des voies biliaires. Il s'agissait tantôt d'infections cliniquement diagnosticables, tantôt d'infections révélées uniquement par la culture de la bile après tubage duodénal stérile. Dans 11 o/o des cas, il y avait infection biliaire, mais aussi allergie cutanée vis-à-vis de certaines protéines alimentaires.

M. pense qu'un grand nombre de cas d'urticaire sont dus à l'absorption de protéines bactériennes. Ainsi donc, lorsque l'allergine d'origine externe ne peut être déterminée et qu'aucun foyer d'infection n'est révélé par l'examen général, il faut penser à explorer les voies biliaires, siège fréquent, surtout chez les femmes, d'infections discrètes. La moitié environ des cas d'urticaire observés par M. relevaient uniquement de cette cause et furent guéris par la diète, la désinfection des voies biliaires, voire même le tubage duodénal ou les vaccins.

S. Fernet.

Dystrophie héréditaire des cheveux et des ongles, par Jacobsen. *The Journal of the American Medic. Associat*, vol. XC, nº 9, 3 mars 1928, p. 686.

J. cite le cas d'une famille dans laquelle on observait, au cours de quatre générations successives, une dystrophie des cheveux et des ongles. Les individus atteints naissaient avec des cuirs chevelus glâbres ; au cours de leur enfance de rares cheveux fins, cassants et à peine colorés, apparaissaient, mais n'arrivaient jamais à recouvrir le cuir chevelu. Les ongles des mains et des pieds étaient épais, noirâtres,

rugueux, ou réduits à de simples amas cornés. Ces malades ne présentaient aucune autre malformation ectodermique, aucun trouble nerveux ni sensoriel notable, leur Bordet-Wassermann était négatif et l'étiologie resta absolument inconnue. L'hérédité de ces cas était décroissante : le nombre des individus atteints diminuait dans chaque génération nouvelle. S. FERNET.

Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e venereologia (Bologne).

Sur la cysticercose de l'hypoderme, par MARIO TRUFFI (Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Padoue, dirigée par le docteur TRUFFI). *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. III, février 1928, p. 189, 3 figures.

A propos d'un cas personnel, le second qu'il ait observé dans sa longue carrière, l'auteur fait une revue générale sur la cysticercose et spécialement sur sa localisation sous-cutanée Cette maladie est connue depuis la plus haute antiquité. Aristophane, Aristote, y font des allusions non douteuses. Mais ce n'est que dans la seconde moitié du XIXe siècle que les rapports avec le tænia solium ou armé ont été bien établis. La fréquence varie suivant les époques et suivant les pays. C'est en Allemagne, que, de tout temps, on l'a observée le plus souvent ; elle est plus rare en France et en Italie.

Dans le cas personnel de T., le malade, âgé de 28 ans, constata d'abord un petit nodule de la région mammaire. Puis, il vit ces nodules, en moyenne de la grosseur d'un pois, se multiplier, se disséminer, sur diverses parties du tronc et des membres. Tous étaient sous-cutanés, aucun n'était perceptible dans les muscles. A l'œil droit, il y avait un nodule de la grosseur d'un demi-pois, clair, transparent mobile, occasionnant à peine un peu d'hyperémie de la sclérotique sous jacente. Du reste les autres nodules étaient remarquablement tolérés : pas de douleur, pas de prurit. Bordet-Wassermann négatif. Réaction tuberculine : négative. Mais avec un antigène provenant de cysticerques de porc, on obtint la déviation du complément. Les cuti et intradermo réactions avec cet antigène ne donnèrent pas de résultat net. L'examen histologique d'un des nodules donna lieu, sauf quelques détails peu importants, aux constatations bien établies par les travaux antérieurs. Traitement : injections de chlorhydrate d'émétine de 1 à 5 centigrammes. Dose totale : 70 centigrammes. Réaction rapide d'un grand nombre de nodules. Situation inchangée de certains autres. Mais en définitive au bout de deux à trois ans, guérison complète.

L'auteur attire l'attention sur l'importance de cette observation, étant donné que le nombre total des cas de cysticercose humaine publiés en Italie, ne dépasse pas 200. En outre la localisation souscutanée est la plus rare. C'est dans le système nerveux et l'œil que le parasite se fixe de préférence Les proportions, d'après la thèse de

Vosgien sont : œil : 46 o/o ; système nerveux : 40 o/o ; hypoderme 6 o/o ; muscles : 4 o/o.

T. discute la valeur de l'éosinophilie, de la déviation du complément. Nous n'insisterons pas sur cette discussion, qui n'est pas spécialement dermatologique.

De même pour la thérapeutique ; sauf en ce qui concerne les localisations accessibles, telles, que les sous-cutanées pour lesquelles l'auteur préconise : Les moyens chirurgicaux, ablation, ponction et aspiration simple ou suivie d'injection antiseptique ou irritante (sublimé, teinture d'iode) électropuncture.

Quant aux moyens généraux tels que le chlorhydrate d'émétine, utilisé dans le cas rapporté, il est difficile d'en apprécier l'efficacité, parce que beaucoup de nodules ont tendance à guérir spontanément, par mort du parasite suivie de résorption, ou de calcification. Ce ne serait qu'en cas de modifications rapides qu'on pourrait conclure à un succès thérapeutique et, malgré les résultats satisfaisants que lui a donnés dans son cas l'émétine, le professeur Truffi n'ose pas se prononcer sur la valeur de ce traitement d'après un cas unique.

Belgodere.

Sur un cas de psoriasis avec arthropathie, par Luigi Peracchia (Travail de la clinique dermo-siphiligraphique de l'U. de Pavie, dirigée par le professeur Mantagazza). *Archivio italiano di dermatologia, sifilologia e venereologia*, vol. III, fasc. 3, février 1928, p. 214, 4 figures, bibliographie.

Il s'agit d'une jeune fille, atteinte d'un psoriasis grave et rebelle, compliqué d'une affection articulaire qui se présenta tout d'abord avec le caractère d'un rhumatisme polyarticulaire aigu fébrile, se transforma dans les poussées ultérieures en une affection à évolution subaiguë chronique, avec tendance à la déformation articulaire et à la destruction osseuse. L'apparition et le réveil contemporains des deux maladies, cutanée et articulaire, se manifestèrent plusieurs fois en peu d'années. Le psoriasis est devenu plus grave et plus violent après qu'il s'est compliqué de la localisation articulaire, et celle-ci, en raison de son évolution par poussées, accompagnées de notables élévations thermiques, semble bien être une forme de nature infectieuse. Ce qui montre bien encore qu'on ne se trouve pas en présence d'une arthropathie banale, c'est l'évolution chronique avec de longues rémissions, le caractère des déformations, l'absence de lésions valvulaires, l'inefficacité des médicaments salicylés, enfin les signes radiologiques, lésions à type atrophique, raréfiant, et lésions destructives des os au niveau des têtes articulaires.

L'auteur discute le diagnostic avec : la polyarthrite primaire progressive le rhumatisme polyarticulaire chronique secondaire, les lésions articulaires luétiques, le pseudo-rhumatisme tuberculeux de Poncet, le rhumatisme gonococcique.

Il rappelle que Belot a distingué quatre phases dans l'évolution des lésions étudiées radiologiquement :

1° *phase prémonitoire*, de diminution de l'interligne articulaire et début de raréfaction osseuse.

2° *Phase de destruction*, où l'atrophie et la raréfaction vont jusqu'à la destruction du tissu osseux.

3° *Phase hyperplastique*, apparitions de néoformations osseuses, irrégulières, qui tendent à remplacer le tissu osseux détruit.

4° *Phase d'ankylose* par soudure des os et rigidité des articulations.

Les examens radiologiques faits sur le malade correspondaient parfaitement à cette description.

L'auteur fait remarquer toutefois que d'habitude, l'arthropathie psoriasique a un début subaigu et frappe tout d'abord les petites articulations surtout celles des mains et des pieds, tandis que dans son cas, le début fut aigu, fébrile et par les grandes articulations.

Au point de vue pathogénique, certains ont soutenu que la coexistence des deux affections était l'effet d'un pur hasard. Mais la plupart des auteurs incline vers l'opinion qu'il y a un lien intime entre ces manifestations cutanées et articulaires.

On pourrait soutenir que le psoriasis détermine le développement de l'arthropathie, ou prépare le terrain à une affection articulaire de nature différente. Cela est peu probable en raison de l'inconstance de cette association. L'hypothèse la plus probable est celle d'une étiologie commune. Mais quelle étiologie ? Il ne sera pas facile de répondre à cette question tant qu'on continuera à ignorer la véritable cause du psoriasis. P. croit que l'explication la plus vraisemblable est celle d'une étiologie parasitaire, infectieuse.

En tout cas, cliniquement, on ne peut nier l'existence d'une arthropathie psoriasique individualisée par des caractères cliniques, radiologiques et anatomopathologiques particuliers. BELGODERE.

Sur un autre cas d'hydroa vacciniforme de Bazin, par BENEDETTO SPARACCIO (Travail de la clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Rome dirigée par le professeur BOSELLINI). *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. 3, février 1928, p. 239.

S. qui avait déjà publié un cas d'hydroa vacciniforme il y a 2 ans, vient d'en observer un second, et dans cet intervalle il n'en a pas été publié d'autre dans la littérature italienne, ce qui indique la rareté de l'affection.

Ce nouveau cas se rapporte à une femme, de 52 ans, ce qui augmente l'intérêt, puisque c'est d'ordinaire une dermatose de jeunes. Les lésions étaient spécialement localisées aux parties découvertes : visage, face dorsale des mains, avant-bras. Conformément aux descriptions classiques, l'évolution se faisait par poussées, et notamment, après l'exposition au soleil, ou à la chaleur du fourneau de cuisine

Caractères particuliers : Avant l'apparition de l'affection bulleuse, on avait remarqué, sur les parties atteintes, une pigmentation brune de la peau ; après les poussées bulleuses, il se produisit une hypertrichose sous forme de véritables poils assez denses, au niveau du front, sous forme de duvet plus léger aux avant-bras. Cette hypertrichose

eut pour effet de diminuer l'intensité des poussées bulleuses ultérieures, là où elle était plus prononcée, au niveau du front.

Avant l'apparition de la dermatose, la malade avait présenté des signes d'hyperthyroïdisme : amaigrissement, asthénie, sueurs, tremblement, tachycardie, etc...

On notait également des signes de dysfonction hépatique : gros foie, *hématoporphyrinurie*, épreuves de la glycosurie alimentaire, du bleu de méthylène, de l'hémoclasie digestive positives.

Diverses expériences furent instituées pour étudier l'influence des radiations solaires et des diverses radiations artificielles. Elles démontrèrent que les rayons nocifs étaient ceux qui sont compris entre les infra rouges et les visibles, et parmi ces derniers, plus particulièrement, les jaunes et les rouges. Ainsi se confirmait aussi l'influence de la chaleur du fourneau, incriminée par la malade.

On put vérifier également que l'exposition au soleil augmentait momentanément l'hémoglobine, les globules rouges, les globules blancs, les éosinophiles et élevait les deux pressions sanguines, la systolique et la diastolique.

La mélanodermie, et l'hypertrichose sont intéressantes, non seulement parce qu'elles n'accompagnent pas toujours l'hydroa, mais aussi parce qu'elles soulèvent un problème pathogénique intéressant. Il est aujourd'hui bien établi qu'il ne faut pas attribuer toutes les mélanodermies à l'hyposurrénalisme. On sait qu'elles relèvent souvent aussi de troubles hépatiques et thyroïdiens. Chez cette malade, les diverses épreuves pharmacodynamiques permirent d'éliminer toute insuffisance surrénale. Mais elle était à la fois insuffisante hépatique et hyperthyroïdienne. Comme la mélanodermie a précédé l'hydroa, S. pense que cette pigmentation doit être attribuée à l'hyperfonction thyroïdienne, et celle-ci serait aussi la cause du trouble hépatique. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'opothérapie thyroïdienne fit disparaître l'hématoporphyrine des urines et, consécutivement fit cesser les poussées éruptives, sans doute par suppression de l'action photodynamique de cette substance.

L'hypertrichose elle aussi est une manifestation fréquente de l'hyperthyroidisme, mais comme elle siégeait seulement sur les localisations éruptives, on peut admettre qu'il n'y a là qu'une réaction de défense de la peau contre les radiations nocives, réaction d'ailleurs favorisée par l'influence thyroïdienne prédisposante. Belgodere.

Mécanisme de l'action du traitement acridinique dans l'infection gonococcique, par Aldo Marcozzi, Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Pise, dirigée par Lombardi. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia.* Vol. III, fasc. III, février 1928, p. 258.

L'A. a déjà dit, et il répète, que selon lui, et contrairement à d'autres opinions, la trypaflavine n'a pas d'action générale sur le gonocoque ; qu'elle n'agit que localement le long des voies urinaires et encore cette action locale est-elle limitée. Elle ne peut s'exercer que

sur les gonocoques les plus superficiels, qui sont baignés par l'urine chargée de trypaflavine. On ne peut pas tirer de conclusions de l'expérience *in vitro*, parce que les conditions sont trop dissemblables *in vivo*, sans compter qu'il n'est pas certain qu'au contact des éléments de l'urine, le médicament ne subisse pas des altérations qui en modifient les propriétés.

M. a institué diverses recherches expérimentales dont les résultats viennent à l'appui de sa thèse.

Concentration de l'acridine dans l'urine : elle atteint au maximum 1 pour 3.000, par rapport à la masse liquide de l'organisme, elle ne devrait pas dépasser 1 pour 50.000 ; il y a donc un pouvoir concentrateur du rein vis-à-vis de l'acridine : celle-ci est tout d'abord concentrée par l'épithélium des tubes contournés, et éliminée ensuite.

Présence de l'acridine dans les diverses sécrétions : la recherche a été négative dans la sueur, la salive, les larmes, le lait, le mucus utérin.

Présence dans le plasma des tissus : Dans le liquide de vésicatoire, on ne peut constater que des traces infinitésimales.

Présence dans le sang : coloration à peine perceptible aussitôt après l'injection ; plus tard, aucune trace visible ; l'acridine disparaît donc très rapidement du plasma sanguin.

Constatations anatomiques : Recherches sur des cobayes sacrifiés après injection intraveineuse de trypaflavine. Aussitôt après l'injection, divers tissus (peau, tissu conjonctif, péritoine, poumons, etc.) apparaissent nettement colorés. Mais les reins et surtout leur substance corticale le sont le plus nettement. Plusieurs heures après, la coloration des divers tissus s'est fort atténuée, mais la coloration de la substance corticale du rein est devenue intense.

Histologiquement, les coupes confirment l'examen macroscopique, montrant une concentration de l'acridine au niveau de l'épithélium rénal et sa présence en faibles traces dans les autres tissus.

Il semble à l'A. que ces résultats expérimentaux confirment bien son opinion. La concentration nécessaire pour exercer *in vitro* une action microbicide est au moins de 1 pour 300.000 et cette concentration n'est certainement pas atteinte dans le plasma. De plus, il n'y a pas d'élimination par les diverses glandes. Ce n'est que dans l'urine que la concentration atteint un degré suffisant pour pouvoir être efficace, et encore, avec les réserves formulées ci-dessus.

Aussi M. trouve-t-il que ce traitement, plus compliqué, moins inoffensif que les méthodes couramment employées, ne doit pas leur être préféré. BELGODERE.

Sur un cas de syphilis tertiaire de la paupière supérieure droite, par GIONA NARDI. Travail du service dermo-syphiligraphique de l'Hôpital civil de Vicence, dirigé par le professeur FRANCESCHINI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*. Vol. III, fasc. III, février 1928, p. 273.

L'A. rapporte l'observation d'une gomme de la paupière dont il a

pu faire le diagnostic cliniquement d'après les caractères positifs locaux, et d'après les caractères négatifs, qui permirent d'exclure les diverses affections à symptomatologie similaire. La réaction de B.-W. s'avéra d'ailleurs positive, et quelques engorgements ganglionnaires purent être constatés.

Du côté de la peau il y avait une tuméfaction de la grosseur d'un pois, de couleur rouge bleuâtre avec disparition des plicatures normales du tégument à ce niveau. La consistance était dure et il y avait un épaississement du cartilage tarse et du bord libre de la paupière.

Du côté de la muqueuse : hyperémie, œdème, et deux points jaunâtres saillants : deux petites gommes miliaires.

Guérison rapide par le traitement spécifique.

Discussion du diagnostic avec : chalazion, dégénérescence amyloïde, épithéliome, sarcome, carcinome, et du côté de la muqueuse, lupus, tubercules miliaires.

Le diagnostic fut d'ailleurs facilité par l'association de petites lésions cutanées superficielles siégeant entre l'angle externe de l'œil et la queue du sourcil, qui avaient nettement l'aspect de syphilides papulosquameuses.

Ce cas est une occasion propice pour N de rappeler les caractères cliniques de la syphilis palpébrale :

L'accident primaire est la manifestation la plus commune.

Les accidents secondaires siègent surtout à la paupière supérieure.

Sur la face cutanée, ils se présentent sous trois aspects d'après Fournier : *a)* lésions papulo-squameuses isolées, *b)* stries curvilignes, *c)* syphilide papuleuse en nappe.

Sur la face muqueuse, les lésions sont très rares, Louste et Louet ont cependant signalé un cas de plaque muqueuse hypertrophique.

Les accidents tertiaires, rares, aboutissent presque toujours, quelle que soit la localisation initiale, à une infiltration inflammatoire du tarse, la « tarsite syphilitique », qui, même après guérison laisse une induration persistante, transformant les bords des paupières en cerceaux rigides.

Les lésions gommeuses des paupières peuvent être cutanées, muqueuses ou siéger sur le bord libre ; elles constituent dans ce dernier cas la *blépharite gommeuse*. Comme tout processus gommeux, elles peuvent aboutir à l'ulcération avec perforation ou destruction totale ou partielle de la paupière. Mais ces ulcérations n'entraînent pas en général de conséquences graves pour le globe oculaire. Bien entendu ces accidents peuvent s'observer aussi dans la syphilis héréditaire et des cas d'ulcérations gommeuses des paupières ont été observés même chez des nouveau-nés.

Il est utile que des publications semblables viennent de temps à autre rappeler le souvenir de certaines manifestations rares de la syphilis et que leur rareté risque de faire méconnaître. Belgodere.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Sur un cas de « kératose épineuse » chez un sujet atteint d'infantilisme, par CARLO MAZZANTI. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Florence dirigée par le professeur CAPELLI. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 2, février 1928, p. 51. Une figure. Bibliographie.

L'A. a observé, chez une enfant de 14 ans, un cas de *kératose épineuse* bien conforme aux descriptions usuelles, par ses localisations (nuque, et, accessoirement, épaules, face postérieure des bras), par son aspect morphologique (petites élevures dures, coniques donnant l'aspect d'une râpe), par ses caractères histologiques (accumulation dans les follicules pilaires de lamelles cornées, concentriques, dont le sommet fait saillie par l'orifice folliculaire).

Mais il s'agissait d'un enfant « arriéré ». A la suite d'une maladie de la première enfance, à type méningo-encéphalitique, s'était établi un état de désordre neuro-endocrinien, constitué par des troubles psychiques, de la déficience mentale, un déséquilibre neurotonique, et une constitution somatique infantile avec hypoplasie génitale. L'examen radiographique montra une selle turcique petite, sacciforme, à ouverture étroite. De cet ensemble de signes, M. conclut à une insuffisance pluriglandulaire à point de départ hypophysaire. Aucun autre facteur pathologique ne pouvant être incriminé, l'A. estime que c'est à un trouble endocrinien que l'on doit rapporter cette kératose épineuse.

On tend aujourd'hui de plus en plus à admettre que les perturbations dans la production des hormones entraînent des conséquences importantes pour le trophisme de la peau. Beaucoup d'affections cutanées doivent être rapportées à cette origine (sclérodermie, ichtyose, acrocyanose, etc.).

Cette opinion est encore renforcée par l'apparition de cette kératose épineuse au moment de la puberté, où les fonctions endocrines sont à leur maximum d'activité. BELGODERE.

Le néojacol liquide dans le traitement de la syphilis, par ANTONIO MARRAS. Travail de la clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Cagliari, dirigée par le professeur SERRA. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 2, février 1928, p. 66.

Le néojacol liquide, préparé par l'Institut sérothérapique de Milan est un dioxydiamino arsénobenzol solubilisé et stabilisé. Il a une réaction neutre, une couleur jaune paille et est mis dans le commerce en ampoules de 10, 15, 20, 25, 30, 40, 45, 50, 60. Il s'emploie en injections intramusculaires et il est inutile de développer les avantages pratiques de cette préparation dans les diverses circonstances qui s'opposent à la voie intraveineuse.

L'A. a soumis ce médicament à l'épreuve clinique et il lui est apparu que, sans avoir une valeur thérapeutique égale à celle de l'arsénobenzol intraveineux, il mérite cependant d'être mis au premier rang des médicaments antiluétiques. L'injection intraveineuse a des effets plus actifs et plus prompts, mais l'injection intramusculaire est

très efficace et moins toxique. Pour cette raison, le néojacol est particulièrement recommandable dans les cas d'intolérance arsénicale. Il convient aussi très bien pour le traitement chronique intermittent, surtout pour les malades qui ne sont pas à la portée d'un spécialiste exercé aux intraveineuses. On fait en général une série de dix injections, sans dépasser les doses de 50 à 60. BELGODERE.

Tumeur basocellulaire avec aspect clinique de botryomycome (granulome pédiculé), par ALESSANDRO FERRARI. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Turin dirigée par le professeur BIZZOZERO. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 2, février 1928, p. 78. Deux figures.

F. décrit une petite tumeur diagnostiquée cliniquement comme un pseudobotryomycome, à cause de sa coloration rouge, de sa consistance mollasse et de son étranglement à la base. Cette tumeur s'était développée sur une cicatrice consécutive au curettage d'un kyste.

L'examen histologique démontra au contraire qu'il s'agissait d'une tumeur basocellulaire dont l'aspect pédiculé était dû vraisemblablement à cette circonstance que le tissu cicatriciel exerçait une pression sur la portion superficielle de la prolifération, l'étranglant ainsi à sa base. F. cite, à l'appui de cette interprétation, les recherches expérimentales de Balog sur le granulome pédiculé, et il conclut que l'on ne doit pas se fier toujours à l'aspect clinique de la lésion, mais faire aussi l'examen histologique, qui montrera parfois, comme dans le cas présent, au lieu d'un botryomycome, une tumeur de toute autre nature. BELGODERE.

Contribution à la recherche sérologique de la syphilis avec le photomètre de Vernes. Note du professeur SANDRO RIZZI, des Drs CARLO MAZZOLARI et EMILIO MORANDI, des Hôpitaux de Crémone. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 2, février 1928, p. 82.

Les A. ont étudié comparativement les résultats de la réaction de Wassermann et l'étude de la densité optique par le photomètre de Vernes, sur 1.332 sérums. Ces recherches ont montré une concordance des deux procédés dans la presque totalité des cas. Ils ont observé aussi une proportion presque constante entre l'intensité de la réaction de Wasserman et la hauteur de densité optique. Dans les cas longuement traités, dans l'infection luétique au début, dans les formes nerveuses, même s'il n'existe pas de déviation du complément, le photomètre permet de révéler l'infection. Il paraît donc dans ces cas plus sensible. BELGODERE.

Un cas de lymphangite gonococcique traitée et guérie par la vaccinothérapie, par SCUDERO. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Palerme dirigée par le professeur PHILIPSON. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 2, février 1928, p. 89.

Un cas de lymphangite dorsale de la verge compliquant une blennorragie. Des injections d'un stock vaccin antigonococcique guérirent à la fois et la lymphangite et l'urétrite, au bout d'un mois de traitement. BELGODERE.

Dysfonction ovarique et dermatoses. Un cas de dermatose symétrique dysovarique, par Vincenzo Ferrari. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Turin, dirigée par le Professeur Bizzozzero. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 3, mars 1928, page 147, 2 fig. Bibliographie.

Matznauer et Polland, en 1912, ont décrit une affection cutanée à laquelle ils ont donné le nom de *dermatose dysménorrhéique symétrique*. Elle est caractérisée par des manifestations inflammatoires particulières, spontanées, généralement symétriques, ayant l'aspect d'érythème ou d'œdème ortié, quelques fois aussi de dermatite secrétante, parfois de nécroses cutanées spontanées. Simultanément, on constate des altérations vaso-motrices de l'appareil circulatoire et du cœur, et fréquemment aussi des troubles psychiques. Ces phénomènes s'observent presque exclusivement chez des femmes dysménorrhéiques.

En effet, pour les auteurs susnommés, la cause de la maladie est un trouble du fonctionnement de l'ovaire, ce que démontre : 1° son existence seulement chez les femmes ; 2° la présence dans le sang de certains lipoïdes qui ne se rencontrent que chez les femmes dont la fonction ovarique est interrompue d'une manière temporaire ou définitive ; 3° par l'influence favorable de l'opothérapie ovarienne.

F. étudie et discute longuement un cas de dermatose qu'il a eu à traiter et qui correspond à cette description.

Femme de 36 ans, alcoolique, qui était sujette à des poussées d'érythème apparaissant au niveau du cou, des membres supérieurs et inférieurs. Au cou, la lésion était disposée comme un véritable collier si bien qu'on aurait pu penser à une éruption simulée. L'aspect rappelait celui de l'érythème pellagreux ou de l'érythème polymorphe.

La malade était fort mal réglée, avait eu plusieurs fois des périodes d'aménorrhée complète, et les poussées éruptives coïncidaient avec ces troubles menstruels, tandis qu'ils s'amendaient quand la menstruation devenait régulière. Les diverses épreuves pharmacodynamiques révélaient chez elle un état de vagotonisme.

Elle fut soumise à un traitement opothérapique, par injections d'extrait ovarique, qui amenèrent la guérison.

Les recherches modernes sur les sécrétions internes et sur les actions hormoniques interglandulaires ont démontré que la sécrétion interne de l'ovaire peut altérer le tonus sympathique, particulièrement dans le domaine des vaso-moteurs, déterminant, au moment de la menstruation un état de vagotonie, qui se traduit, soit par des manifestations générales, soit par des manifestations cutanées, les unes fugaces : dermographisme, urticaire, hyperhydrose, les autres plus persistantes : purpura, érythèmes exsudatifs.

Le cas étudié par F. est bien en concordance avec ces théories modernes, et semble bien rentrer dans la catégorie des faits décrits sous le nom de *dermatose dysménorrhéique symétrique*.

Belgodere.

Sur l'intradermovaccinothérapie de l'ulcère simple et de ses complications, par Eugenio Tarantelli. Travail de la clinique dermosyphili-

graphique de Rome, dirigée par le professeur Bosellini. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 3, mars 1928, p. 170.

Les réactions violentes de la vaccinothérapie intraveineuse du chancre mou sont un inconvénient très sérieux. Les injections sous-cutanées et intramusculaires ne sont pas utilisables à cause des réactions locales.

On a essayé d'employer le Dmelcos sous forme d'injections vaccinantes intradermiques. Mangiulli a le premier ouvert cette voie nouvelle et a obtenu des résultats encourageants.

T. a voulu expérimenter cette méthode sur 15 sujets atteints de divers types d'ulcérations chancrelleuses avec ou sans complications. Les injections se faisaient à la face externe de la cuisse, par série de trois le même jour ; on les répétait tous les deux jours, à six reprises.

La première fois, on injectait une très petite quantité seulement, 0 cc. 01 afin d'avoir une cuti réaction qui servait de contrôle diagnostic ; les séances ultérieures on injectait un demi à un tiers de centicube.

Résultats : sur l'ulcération, il est rare que la vaccination intradermique, employée seule, sans cure locale associée, puisse amener la guérison complète. Mais souvent, on constate une amélioration au début, puis la lésion devient ensuite torpide, ne bouge plus, et se transforme en « ulcus elevatum ». Sur les adénites, aucune influence.

Les ulcères qui semblent influencés le plus favorablement sont ceux qui sont superficiels, peu douloureux, peu suppurants, avec des streptobacilles isolés semblant indiquer une faible virulence.

Conclusion : jusqu'à présent, dans les conditions actuelles de la technique cette méthode est de faible valeur. Belgodere.

Les réactions de Wassermann aspécifiques dans le sang, par Piero Fornara, Directeur du Grand Hôpital de la Charité de Novare. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 3, mars 1928, p. 180.

Travail important, mais qui ne se prête guère à l'analyse, puisque c'est une nomenclature, une compilation complète et consciencieuse de toutes les publications du monde entier sur les réactions de Wassermann positives en dehors de la syphilis. A cette revue générale, l'auteur ajoute en outre le résultat de ses constatations personnelles.

En dehors du pian, de la lèpre, de la malaria, de la scarlatine, qui sont les cas les plus communs, il y a une multitude d'affections locales ou générales où la réaction de B.-W. a été trouvée positive en proportions variables. Aussi, la spécificité de la réaction a-t-elle été mise en doute.

Pour F., ces faits peuvent s'expliquer de deux manières :

1o Ou bien il s'agit de réactions spécifiques, dénotant la coexistence de la syphilis, syphilis dont l'évolution peut avoir plus ou moins de relations avec la maladie concomitante.

2o Ou bien il s'agit de réactions aspécifiques, indépendantes de la syphilis, explicables par des modifications physicochimiques du sérum du patient, qualitativement analogues à celles causées par la syphilis.

Pour F. il n'y a pas à choisir entre ces deux explications ; elles sont

vraies toutes deux, suivant les cas. Il est fréquent d'observer que, dans le cours d'une maladie intercurrente, une syphilis précédemment latente et muette, se réveille et se réactive, au moins sérologiquement ; et même dans ce cas, il est commun que la réactivation dure seulement autant que dure la maladie intercurrente, pour redevenir ensuite négative.

Mais d'autre part, on doit admettre que, même en dehors de la syphilis il existe divers états pathologiques qui peuvent causer par eux-mêmes une réaction de Wassermann positive plus ou moins forte. Il convient dans ces cas particuliers, d'étudier et d'observer avec soin les modalités avec lesquelles se manifestent ces réactions, qui, pour l'œil d'un sérologiste exercé, présentent de suite quelque chose de suspect, d'observer le degré *immédiat* d'inhibition de l'hémolyse, le degré d'hémolyse qui, *tardivement*, s'accomplit encore après quelques heures de conservation à la glacière, etc.

Enfin, surtout, il faut être rompu à la technique de la réaction de Wassermann, et se méfier des procédés trop sensibles, qui peuvent avoir leur utilité dans un service spécialisé, pour reconnaître le plus tôt possible une syphilis récente ou pour l'étude des diverses nuances sérologiques au cours d'un traitement. Mais, pour la pratique courante c'est encore la réaction de Wassermann originale qui doit avoir la préférence, en n'oubliant pas, comme l'ont dit Ravaut et Martelli, que tant vaut le sérologiste, tant vaut la réaction. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Recherches sur l'équilibre acide base et la réserve alcaline du sang dans quelques dermatoses, par GIUSEPPE BERTACCINI. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Pérouse. *Giornale italiano di dermatologia e sisfilologia*, vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, page 3.

L'A. fait un exposé rapide des acquisitions modernes de la physicochimie et de la biochimie, qui ont mis en évidence l'importance dans les phénomènes vitaux de la réaction *actuelle* des milieux organiques. Il existe, pour le protoplasma cellulaire, un état *eucolloidal* lié à une concentration déterminée des H-ions et des OH-ions, concentration voisine de la neutralité, mais dans le sens d'une légère *alcalinité*. Le chiffre, qui représente la quantité d'ions H est exprimé par sa notation logarithmique, le symbole pH de Sorensen. Ce pH doit rester à peu près constant dans les conditions physiologiques. Cet état d'équilibre est assuré par certaines substances, dites substances *tampons* (Fernbach et Hubert) qui neutralisent l'acide ou l'alcali en excès. Les bicarbonates représentent la plus grande masse de substances alcalines dont l'organisme dispose pour neutraliser les acides. Ils forment la partie la plus importante de la *réserve alcaline. La diminution de cette réserve est donc un signe d'acidose.* Comme les variations du pH ne peuvent être que minimes (importantes, elles seraient incompatibles avec la vie) il est plus pratique d'observer les variations de la réserve alcaline.

Appliquée tout d'abord seulement à l'étude du diabète, cette recherche tend à être utilisée pour beaucoup d'autres affections.

Dans le domaine dermatologique, on ne peut citer encore que deux publications de Drouet et Verain et une de Beck et Lang.

Le Professeur B. a soumis à cette recherche 32 malades atteints de dermatoses et 6 témoins indemnes, utilisant, pour la réserve alcaline la méthode de Van Slyke et, pour le pH la méthode colorimétrique de Michaelis. Voici les résultats : Pour le pH, variations insignifiantes, ne dépassant pas la limite des causes d'erreur expérimentale. Pour la RA, variations notables. Le taux était toujours inférieur à la normale dans 22 cas d'eczéma (donc acidose légère) abaissé également mais d'une manière moins nette dans le psoriasis; presque normal dans diverses autres dermatoses. Ainsi, chez des syphilitiques, avec manifestations cutanées étendues, la RA était normale, ce qui semble bien prouver que, chez les eczémateux, il existe une perturbation des échanges, qui est le phénomène *primitif*, prédisposant à la dermatose. L'*âge aussi* a paru avoir une influence : RA plus abaissé chez les jeunes que chez les vieux.

Par rapport à la glycémie et à la glycosurie, B. a vu la RA s'abaisser quand s'élevait le taux glycémique et glycosurique, et vice-versa.

Dans le traitement insulinique, l'injection d'insuline, en même temps qu'elle abaisse le taux de la glycémie, *fait tout d'abord baisser aussi la Ra*, puis celle-ci s'élève ensuite à un taux plus élevé qu'avant le traitement. Des effets analogues, mais moins accentués, s'observent avec les injections intraveineuses de CaCl, d'hyposulfite de soude, avec les injections intramusculaires de lait. D'où l'on peut être amené à penser que l'insuline n'agit pas par le mécanisme de l'abaissement de la glycémie, mais par un phénomène de *choc*. La question demande une étude plus approfondie, que l'auteur se propose de faire.

BELGODERE.

Nouvelles recherches sur le mécanisme de l'action du calcium dans les dermatoses, par G. SANNICANDRO. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Bari, dirigée par le Professeur Mariani. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, p. 18.

Dans un précédent travail, S. a montré que, si l'on injecte par voie intraveineuse du Ca à haute dose, on ne constate pas d'augmentation du Ca hématique, et il se produit une augmentation de la diurèse. Il en a conclu que le Ca provoque une hydrémie par déplacement des ions Na des tissus, et élimination de ceux-ci par le rein. L'action salutaire du Ca dans les dermatoses vésiculeuses et exsudatives serait donc attribuable surtout à son action diurétique.

Ce trouble du métabolisme de l'eau dans l'eczéma semble d'ailleurs confirmé par l'histologie qui montre toujours, dans l'eczéma, un état d'hyperhydratation tégumentaire. De même dans l'urticaire, l'œdème de Quinke, et en général, tous les foyers inflammatoires.

Sous l'influence du processus inflammatoire, il se produit une désintégration des substances protéiques et les produits de désintégration

ont une plus grande affinité pour l'eau. En outre certaines substances possèdent la propriété d'augmenter la perméabilité des capillaires sanguins. Telles sont les peptones, l'histamine, certains venins, qui sont des *poisons des capillaires*. Les capillaires ont une vie autonome; certaines substances peuvent être artério-constrictives et capillo-dilatatrices. D'où l'emploi de certaines substances qui peuvent diminuer la perméabilité des capillaires par une action *anti choc* (cas des sels de Ca).

Mais d'autres facteurs plus généraux interviennent dans le métabolisme de l'eau. C'est elle en effet qui est le régulateur dont le rôle est d'assurer les diverses constantes physico-chimiques de l'organisme, les divers « équilibres » osmotique, minéro-minéral, acido-basique, lipocytique.

De quelque manière que se produise la rétention hydrique, le tégument cutané, par sa grande masse de tissu conjonctif, a une part très importante dans la fonction de secours pour l'entretien de ces constantes physico-chimiques. Des recherches expérimentales (Mayer) des observations cliniques (Violle) démontrent que beaucoup de manifestations cutanées spécialement dans l'eczéma, s'atténuent et disparaissent sous l'influence de la diurèse. Par l'administration, soit de sels de Na, soit de sels de Ca, on peut provoquer, soit une rétention, soit une élimination d'eau et contrôler ainsi expérimentalement l'action de la diurèse sur l'eczéma.

On peut expliquer l'action du Ca de deux manières :

1. Il agirait comme un simple asséchant tissulaire.
2. Il agirait par le mécanisme du choc hémoclasique.

S. a institué diverses expériences qui l'ont conduit à rejeter cette dernière hypothèse. Le Ca ne détermine pas un véritable *choc* avec tous les éléments de ce phénomène. Il y a bien, après l'injection de Ca, abaissement de l'indice réfractométrique et leucopénie, mais ces deux modifications s'expliquent aisément par l'hydrémie ; il y a bien hypercoagulabilité du sang, mais cela s'explique par l'action coagulante du Ca.

S. a institué une autre série d'expériences, pour démontrer au moyen de pesées, le mécanisme de l'action du Ca par déshydratation tissulaire. Chez les eczémateux, traités par injections intraveineuses de Ca, on a constaté, en même temps que l'amélioration des lésions, une chute de poids de 1/2 à 3 kilogrammes. Inversement, chez quatre femmes atteintes d'eczéma vésiculeux des avant-bras, l'administration quotidienne de 15 grammes de bicarbonate Na amena une recrudescence de l'eczéma.

L'A. reconnaît cependant que ses recherches sont encore trop incomplètes pour qu'il puisse toujours attribuer au Na la rétention d'eau dans les dermatoses. Mais, ce qui lui paraît bien démontré, c'est que *le fondement de l'action thérapeutique du Ca est la désimbibition tissulaire*.

Aussi, cet agent thérapeutique est-il très recommandable d'autant plus qu'il est inoffensif, si l'on n'injecte pas hors de la veine.

A la clinique de Bari, on associe la cure calcique (7 à 8 injections) et la désensibilisation aspécifique par auto-hémothérapie (6 à 7 injections).

Dans les formes d'eczéma suintantes, S. recommande un mélange de CaCl et d'urée (spécialisé sous le nom d'Afénil). Le rein a en effet un pouvoir de concentration très marqué par rapport à l'urée. Quand il y a un excès d'urée dans le sang, le rein l'élimine par augmentation de la sécrétion aqueuse, plutôt que par concentration de l'urée dans l'urine. BELGODERE.

Recherches sur l'état neuro-endocrine des enfants traités par l'acétate de thallium dans un but épilatoire, par EDOARDO BALBI. Travail de la Clinique dermo-syphiligraphique de l'U. de Padoue, dirigée par le professeur MARIO TRUFFI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, page 28.

Par quel mécanisme l'acétate de thallium amène-t-il la chute des cheveux ? Question obscure et très controversée, importante car elle peut éclairer la pathogénie de certaines maladies. Naturellement, la première hypothèse qui s'est présentée à l'esprit est celle d'altérations cutanées, du poil ou de la papille, ou des annexes. Les examens histologiques négatifs ont fait justice de cette pathogénie.

Alors, on a pensé à une intoxication du système nerveux central, d'autant plus que les localisations électives de l'alopécie étaient un argument de grande valeur.

Enfin, plus récemment, diverses constatations expérimentales conduisirent certains à incriminer une participation du système nerveux végétatif et des glandes endocrines.

C'est cette dernière théorie que B. s'est proposé de contrôler en recherchant si l'administration thérapeutique du thallium chez des enfants teigneux modifie les tests pharmacodynamiques et dans quel sens s'accomplit la déviation.

Quatorze enfants ont été soumis à ces recherches, longuement et méticuleusement exposées par l'A. mais qui ne sauraient se prêter à une analyse. Il en résulte que les épreuves pharmacodynamiques (pilocarpine, adrénaline, atropine) après administration de Tl, ou bien ne montrent aucune modification particulière, ou bien des déviations légères qui ne s'écartent pas des limites physiologiques. Le réflexe de Lœwi et le dermographisme ne subirent aucune modification.

Quant aux recherches sur l'état des glandes thyroïdes, parathyroïde, thymus, glandes génitales, elles ont été négatives, ou ont révélé des variations difficiles à interpréter.

L'administration de Ca et d'extraits opothérapiques n'a pas fait varier le temps de chute des cheveux.

Donc, la genèse endocrino-sympathique de l'alopécie du thallium chez l'homme reste encore à démontrer. BELGODERE.

Sur l'alopécie par le thallium (Mécanisme d'action du thallium dans la production de l'alopécie chez l'enfant), par GIOVANNO TRUFFI. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Padoue, dirigée par le

Professeur Mario Truffi. *Giornale italiano di dermatologia e Sifilologia*, vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, page 60, 8 figures, bibliographie.

Autre son de cloche sur le même sujet. Comme l'A. précédent, T. réfute la théorie de l'école allemande qui, avec Buschke, fait intervenir un mécanisme endocrino-sympathique. Il ne refuse pas d'admettre cependant une action du Tl sur le système nerveux central : les troubles toxiques provoqués par le thallium ne sauraient être niés et ils sont comparables à ceux qu'occasionnent les métaux voisins, notamment le plomb. Mais pour T, l'action du Tl est surtout une action locale, et il affirme nettement que cet agent détermine dans les follicules pilaires des altérations histologiques qu'il a constatées et qui sont la cause principale de la chute du poil.

Cliniquement, après l'administration du Tl, on voit évoluer deux phases : une phase destructrice, qui aboutit à l'alopécie ; une phase de régénération, qui apparaît au bout d'un mois environ, où les poils commencent à repousser.

Histologiquement, on retrouve deux phases parallèles : phase dégénérative, précoce, portant sur les éléments de la portion germinatrice du poil. Les cellules de la couche germinatrice qui entoure la papille, sont les premières à s'altérer ; puis le processus envahit la substance propre du poil et la gaine interne. Les altérations consistent en dégénérescence trouble, atrophie du noyau, modifications tinctoriales, phénomènes de lyse nucléo-protoplasmique. Ces lésions apparaissent plus rapidement et à doses plus faibles quand il y a déjà des altérations préexistantes de la matrice du poil, comme dans l'alopécie en aires par exemple.

Puis, succède la phase régénératrice : on voit les éléments qui composent la papille prendre le caractère de cellules jeunes, dont les noyaux présentent de fréquentes mitoses. Ce processus de régénération reconstruit rapidement un nouveau bulbe pilifère avec ses gaines.

Cette régénération cependant, n'est pas constante, et certains follicules pilaires sont envahis par un processus de sclérose et d'atrophie qui les transforme en petits cordons conjonctifs par hypertrophie et hyperplasie des fibrocellules de leurs parois.

Ces altérations histologiques suffisent amplement à expliquer la chute du poil. Belgodere.

Contribution à l'étude des phénomènes d'érythrocyanose des membres inférieurs, par Leonardo Nardelli. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, page 82, 8 figures.

Ces phénomènes ont été décrits sous les dénominations les plus diverses qui trahissent les controverses pathogéniques et même le désaccord clinique entre les divers auteurs qui les ont étudiées. On les a notamment confondues avec l'érythème induré de Bazin, ainsi qu'on l'a vu au Congrès de Londres en 1896. Les symptômes observés ont été les suivants :

Coloration cyanotique : considérée par Juster comme étant d'ori-

gine vaso-motrice ; pour Milian, il s'agirait d'une adipose locale anormale, symptôme usuel des tuberculides à laquelle la cyanose se superposerait comme phénomène secondaire, et il propose le terme d'*adiposité cyanotique*.

Œdème local : mais non pas l'œdème pâteux qui garde l'empreinte du doigt; c'est une tuméfaction ferme et élastique qui rappelle le myxœdème, comme l'a fait remarquer Lortat-Jacob. Pour Milian, c'est encore un signe d'imprégnation tuberculeuse, comme l'œdème qui entoure les ganglions tuberculeux. Audrain a expliqué cette élasticité par une réaction du tissu conjonctif dont les travées enfermeraient sous faible pression le liquide épanché. Mais d'autres observateurs admettent l'existence d'une véritable « adiposité locale » comme il est connu que peuvent en occasionner les troubles du fonctionnement endocrinien.

La *localisation* de ces lésions est limitée par certains à la région supra-malléolaire ; pour d'autres la cyanose et l'œdème peuvent entourer toute la circonférence au-dessus de la malléole.

Mais on peut observer d'autres localisations : au-dessus du genou (érythrocyanose des cuisses des jeunes filles), partie postérieure des bras, poignets, fesses et aussi aux mains (main hypogénitale de Maranon).

Souvent cette érythrocyanose est associée à la kératose pilaire. On l'observe surtout dans le sexe féminin et elle est souvent associée à des troubles menstruels.

Cette dernière particularité devait naturellement conduire à une interprétation pathogénique *neuro-endocrinienne*, d'autant plus qu'on a constaté souvent une diminution du calcium sanguin. Mais pour Milian, l'étiologie est nettement *tuberculeuse*. Darier concilie les deux théories : tuberculose à travers le système neurovégétatif.

Ont été également invoquées toutes les causes qui peuvent influer sur la circulation : affections cardiaques, rénales, pulmonaires, le froid, les chaussures basses, les bas légers, les jupes courtes, etc...

Au point de vue thérapeutique on a conseillé surtout l'opothérapie ovarienne ou thyroïdienne, les rayons ultraviolets, mais aussi la vie active, le sport, le massage avec les jambes relevées.

Après avoir fait cette étude, l'A. rapporte 26 observations personnelles de cas d'érythrocyanose et aboutit à cette conclusion que les controverses proviennent de ce que l'on compare des cas qui ne sont pas comparables et qu'on doit en distinguer trois types.

1. *L'acrocyanose simple fonctionnelle*, sans infiltration ni œdème, s'atténuant à sa périphérie sous forme de livedo réticulaire, d'origine probablement endocrinienne, et pouvant régresser complètement par une thérapeutique opportune.

2 *Acrocyanose infiltrative*, parfois accompagnée de lichen pilaire, avec œdème élastique. Elle paraît devoir être attribuée à des troubles complexes et interférents des glandes endocrines, spécialement : ovaire, thyroïde, pituitaire et peut-être aussi les ganglions lymphati-

ques. La tuberculose paraît dans ces cas devoir être retenue comme facteur étiologique.

3. *Adiposité locale avec acrocyanose infiltrative.* Ce sont là des cas tout à fait différents des deux premiers ; l'accumulation locale de graisse serait due à un trouble trophique endocrinien et la cyanose serait un phénomène secondaire, conséquence de la lipomatose locale.

Quand la tuberculose est en cause, elle peut agir, soit directement, par son action sur le système capillaire, soit indirectement, par son action sur le système neuro-végétatif et le système lymphatique.

BELGODERE.

La trypaflavine dans le traitement de la blennorragie, par ANTONIO MUCCI. Travail de la Clinique dermosyphiligraphique de l'U. de Rome, dirigée par le professeur BOSELLINI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia,* vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, p. 106.

Historique de la chimiothérapie antiblennorragique et spécialement de la cure acridinique. L'A. expose ses résultats personnels dans 108 cas de blennorragie. Cinq fois seulement il a obtenu la guérison de cas aigus récents au moyen d'injections d'acridine seule sans autre association thérapeutique, avec 10 à 15 injections. Dans la blennorragie chronique l'efficacité lui semble absolument nulle. Aucun résultat dans l'épididymite. Amélioration notable dans le rhumatisme blennorragique. Résultats très brillants dans la cystite : une seule injection suffit à calmer les douleurs et à éclaircir les urines. Bref, à part les cas aigus récents et les cystites, faible efficacité. En tout cas, méthode inoffensive, car sur 1.607 injections, il n'a eu aucun incident.

BELGODERE.

Les recherches du Dr Lantieri sur le sérodiagnostic de Sciarra dans la syphilis, par le Professeur OLINTO SCIARRA, de l'Université de Naples. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia,* vol. LXIX, fasc. 1, février 1928, p. 113.

Le professeur Sciarra est l'inventeur d'une séro-réaction « à l'alcool », dont la valeur a été contestée par le Dr Lantieri. Le professeur Sciarra riposte sur le mode aigre-doux, et « rembarre » Lantieri assez vertement. Il défend son enfant et démontre que sa réaction est excellente et que L. en somme n'y a rien compris. Mais ces « disputes » de sérologistes ne se prêtent guère à l'analyse. BELGODERE.

Rinascenza Medica (Naples).

Modernes recherches sérologiques sur la syphilis, par ANDREA SACCONE, Directeur du Laboratoire d'Anatomie pathologique et de Bactériologie du « Metropolitan Hospital » de New-York. *Rinascenza medica,* 1er mars 1928, p. 167.

Chaque année voit apparaître de nouveaux procédés de diagnostic sérologique de la syphilis, et si l'on songe au nombre encore trop élevé de réactions douteuses, ces efforts ne paraissent pas superflus. A propos de la publication dans les « Annales de l'Institut Pasteur »

d'un travail de Meinike sur son procédé rapide de floculation par addition de baume du Pérou et d'acide benzoïque à son antigène cholestériné, publication parue en octobre 1926, l'A. fait une revendication de priorité en faveur de la méthode de Kahn, analogue à la précédente et très employée aux Etats-Unis sous le nom de *Kahn precipitation test* et qui a fait l'objet de publications dès 1925. Il rapporte les résultats d'une statistique de 13.971 examens sérologiques, d'où il tire les conrlusions suivantes :

1° La réaction de séro-précipitation de Kahn est recommandable par sa simplicité de technique et l'exactitude des résultats.

2° Il est cependant désirable qu'elle soit exécutée toujours conjointement avec la réaction de Wassermann et pour ainsi dire comme conteôle de celle-ci.

3° Les cas de B.-W. légèrement positifs sans qu'il y ait de syphilis sont beaucoup plus communs que les cas de Kahn positifs dans les mêmes circonstances. De sorte que, en cas de discordance avec B.-W. légèrement positif et Kahn négatif, on peut le plus souvent éliminer la syphilis. Dans les cas inverses : Kahn légèrement positif et B.-W. négatif, on peut admettre l'existence de la syphilis. BELGODERE.

Encore un cas de lèpre tuberculeuse en Calabre, par VINCENZO CAPUTO, assistant de la Clinique dermo-syphiligraphique de Bologne. *Rinascenza medica*, 15 mars 1928, p. 238.

L'A. décrit un cas de lèpre tuberculeuse chez un jeune homme de 17 ans qui était fils d'un lépreux. La maladie se manifesta à la suite d'une blessure de la cuisse, bandée avec un mouchoir qui était sale des plaies du père, et pour cela riche de matériel infectant, et chez un sujet faible congénitalement et prédisposé à l'infection.

Du fait que trois autres frères et deux sœurs, qui cohabitaient avec le père malade depuis plusieurs années, sont restés tout à fait sains, l'A. déduit que, pour le développement de la lèpre, outre le bacille, il y a besoin de particuliers facteurs prédisposants et coadjuvants.

BELGODERE.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

A propos de l'érythème annulaire centrifuge de Darier, par A. CHTARK. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 3, mars 1928, pp. 226-232.

Cette nouvelle dermatose est rare, son étiologie inconnue. La bibliographie russe n'en contient encore, d'après l'auteur, aucune description. Le cas étudié concerne une juive de 60 ans atteinte de taches disséminées sur le corps. Elle les a remarquées depuis 20 mois et tout traitement a échoué. R.d.p. aux organes internes. L'éruption cutanée change tous les 3-4 jours. Le jour de la présentation de la malade à la Société Dermatologique d'Odessa, elle avait des taches disséminées sur le ventre, le dos, les lombes, les fesses, les hanche et jambe gauches, les avant-bras et hanche droits. L'élément primaire est une papule grande comme une pièce de 10 centimes en nickel, de forme

irrégulière, assez dense, de teinte rose-rouge. Les localisations prédominantes sont la face postérieure du tronc et la face externe des extrémités inférieures. Les papules s'accroissent excentriquement, se dépriment au centre et se transforment en taches de grandeur et de durée variables. Le centre des taches est pigmenté en violet sale, la périphérie forme un rebord dense rouge vif. Les taches peuvent confluer. Pas de sensation subjective. Pas d'autres éléments. L'éruption disparaît, ne laissant, apparemment, aucune trace. Le diagnostic est facile. La marche peut être chronique ou aiguë. BERMANN.

Contribution à l'étude du sarcome idiopathique multiple hémorragique de la peau de Kaposi, par E. MIRAKIANTZ. *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. VI, nº 3, mars 1928, pp. 233-245.

L'auteur, après un court aperçu bibliographique, décrit 2 cas de cette affection rare. Dans le premier il s'agit d'un arménien de 57 ans dont la maladie a débuté à 37-39 ans par des taches rouge sombre à la face dorsale des deux poignets. Ces taches n'ont pas changé depuis cette époque. Au bout de 2 ans des taches analogues ont été remarquées aux pieds, puis tuméfaction et douleurs au testicule gauche, ensuite enflure des extrémités : douleurs, lourdeurs et cuissons aux endroits atteints. Il y a peu d'éléments éruptifs, l'infiltration et l'œdème dominent le tableau.

Le deuxième cas a trait à un berger de 17 ans dont la maladie a débuté il y a 6 mois à la plante droite par deux nodules rouge sombre du volume d'une lentille. Ensuite nodules identiques aux 2 plantes, poignets, avant-bras et jambe droite. Œdème des extrémités. Pas de douleur, mais la marche est difficile. A la radiographie de la main gauche on constate une atrophie, par décalcification des phalanges, qui s'est ensuite améliorée.

Le premier cas est un cas d'inflammation chronique, caractérisé par de l'hyperhémie et de l'œdème. Le deuxième cas rappelle cliniquement et histologiquement un fibro-sarcome. BERMANN.

Dermatites dues à l'héraclée et au géranium, par A. IMCHÉNETZKY. *Rousski Vestnik Dermatologuii,* t. VI, nº 3, mars 1928, pp. 245-252.

L'auteur a étudié 21 cas de dermatite provoquée par quelques genres d'héraclées (famille des Ombellifères) et 3 cas de dermatite due à des genres divers de géranium (familles de Géraniacées). En comparant ces 2 formes de dermatite, l'auteur conclut que, quant à la dermatite héracléenne : 1) elle survient chez toute personne dont la peau est entrée en contact avec la plante ; 2) cliniquement, tache rouge, se transformant en papule, sur laquelle évolue plus tard une bulle ; 3) absence de prurit, soit au début, soit à la fin de la dermatite ; 4) la dermatite laisse après son évolution une pigmentation durable ; 5) la substance irritante se trouve dans les poils dont sont munies la tige et la surface inférieure des feuilles. En ce qui concerne la dermatite géraniacée, elle se caractérise par : 1) l'apparition seulement chez des personnes dont la peau contient des substances ayant une affinité

chimique avec contenu des poils glandulaires ; 2) des taches avec des vésicules et des croûtelles d'exsudat desséché ; 3) le prurit est très intense ; 4) la dermatite guérit sans laisser de traces visibles ; 5) la substance provoquant la dermatite ne se trouve que dans les poils glandulaires. BERMANN.

Cas pour diagnostic (Granulome tubéreux angiomateux), par M. FARBÈRE. · *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 3, mars 1928, pp. 253-263.

Le malade est un Ukrainien de 32 ans, marié depuis 6 ans. Pas de maladie vénérienne antérieure. A 28 ans, il a remarqué, aux extrémités supérieures et inférieures des efflorescences plates, indolores, qui se généralisaient rapidement. Six mois plus tard, le malade a eu une gingivite avec hémorragies gingivales qui ont duré 4 ans. On a parlé de scorbut quoique le malade n'ait pas eu de privations. A ce moment, les hémorragies gingivales cessent brusquement, et le malade ressent des douleurs et des cuissons aux tumeurs qui grandissent et se couvrent de croûtes. Ces symptômes ont amené le malade à consulter un médecin. En résumé, le malade présente des plaques kératosiques limitées, localisées aux plantes des pieds, des tumeurs papulo et kéloïdoformes, de consistance fibreuse, roses, rougeâtres et rouge-violet, lisses et tubéreuses, siégeant aux parties molles, des tumeurs identiques allant d'un grain de mil jusqu'à une cerise, pédiculées et non pédiculées. Aux extrémités les tumeurs sont symétriques. Le malade est mort chez lui, quelque temps après son passage à l'hôpital. Cliniquement, l'affection se présente comme une dermatose rare à tous les points de vue. Histologiquement, on trouve une néoformation cutanée où domine une kératose avec acanthose, présentant un réseau vasculaire à endothélium proliféré, une inflammation avec infiltration leucocytaire, ce qui donne à la tumeur une image de granulome. La bibliographie russe n'a presque pas de description analogue au cas de l'auteur. Se basant sur la bibliographie étrangère et les données personnelles, l'auteur pense à un granulome tubéreux angiomateux. BERMANN.

Les modifications de la capacité réactionnelle de la peau, par J. CHIMANKO. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 3, mars 1928, pp. 264-273.

Introduite par Blackley en 1873, l'étude de la capacité de la peau à la réaction a surtout été expérimentée depuis une vingtaine d'années. Une série de processus morbides à étiologie inconnue a reçu son explication par les variations de la capacité réactionnelle, par exemple la fièvre des foins, certaines formes d'asthme bronchique, l'urticaire, l'eczéma, etc. L'auteur a étudié la réaction cutanée à certains agents (tuberculine, substances albuminoïdes, médicamenteuses, rayons lumineux, électricité, pollen, etc.), réaction nulle chez certains individus, mais très intense chez d'autres. La lumière solaire sensibilise la peau, puis la désensibilise. Ces faits sont démontrés par l'intensification de la réaction à la tuberculine et par des éruptions diverses que l'on observe au début de l'insolation. A l'aide du photoquantimètre, l'auteur a démontré que la capacité réactionnelle tombe dans la suite, au fur et à mesure de la prolongation de l'insolation. Sur 39 cas de

tuberculose cutanée, l'on faisait les réactions de Pirquet aux 2 moitiés du thorax dont l'une était cachée par du papier noir pour que le soleil n'y accèdat pas. L'auteur a trouvé que la moitié éclairée donnait des réactions à la tuberculine de plus en plus faibles. 65 o/o des malades étaient désensibilisés par un séjour prolongé au soleil. Le soleil, de même que les rayons ultra-violets et les rayons X, a revêlé une sensibilisation initiale et une désensibilisation terminale. La phase de sensibilisation est prouvée par des éruptions folliculaires. Chez des eczémateux il y a formation d'éléments nouveaux. Les courants de d'Arsonval exagèrent la réaction à la tuberculine, à la vaccine, exerçant une action sensibilisatrice. Pour distinguer une éruption sensibilisée d'une éruption irritative provoquée par les courants de haute fréquence, il faut savoir que les premières ont une latence plus longue et une plus longue durée. La pathogénie des éruptions sensibilisées est explicable par un réflexe du système nerveux sympathique. La désensibilisation par les courants de d'Arsonval ne peut être constatée, car en augmentant ou en prolongeant leur action, on obtient une nécrose de la peau. Les agents désensibilisateurs sont le plus souvent dépourvus de spécificité, par exemple les peptones et la tuberculine. Avec cette dernière, il faut éviter de juger *à priori* les affections de nature tuberculeuse, si l'on obtient une désensibilisation par la tuberculine. BERMANN.

Les tendances modernes dans la rœntgenthérapie des maladies cutanées, par M KARLINE. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 3, mars 1928, pp. 274-285.

Les rayons X ne peuvent avoir de valeur absolue que lorsqu'ils agissent sur la cause des dermatoses. D'où il résulte que leur emploi doit être parallèle à l'étude de l'étiologie des affections cutanées. La radiothérapie locale se justifiait par l'opinion que la dermatose est une maladie locale. Or, actuellement, on tend de plus en plus à considérer que les dermatoses sont liées aux troubles des échanges, aux troubles endocriniens et sympathiques, etc. et la radiothérapie a été modifiée dans le sens de l'irradiation, non seulement du processus cutané, mais aussi des organes profonds. L'épilation par les Rayons X a certains défauts quoiqu'elle soit supérieure à celle faite à la pince, car on observe des récidives et des complications, sans parler de ce qu'elle ne peut pas être pratiquée chez des enfants en bas âge. D'autre part, l'acétate de thallium, n'a pas encore actuellement donné de résultats exempts de dangers. C'est pourquoi l'on emploie de plus en plus la méthode combinée (4 milligrammes de thallium par kilogramme de poids et 1/2 E. D. de rayons X). Les mycoses ont beaucoup gagné à ce traitement combiné. En ce qui concerne l'eczéma, la radiothérapie locale donne des succès, mais ne prévient pas les récidives, car l'étiologie de l'eczéma n'est pas encore bien établie. Quant au psoriasis, l'irradiation du thymus et de la glande thyroïde, de même que celle de l'hypophyse et de l'ovaire, donne des résultats variés, tantôt positifs, tantôt négatifs, suivant les facteurs individuels. Les récidives

ne sont, en tout cas, pas rares. L'on constate que l'irradiation d'une même glande peut faire disparaître des dermatoses variées, mais, d'autre part, une même dermatose peut disparaître par l'irradiation de glandes endocrines diverses. Cela tient à l'étiologie obscure des dermatoses. L'étiologie nerveuse surtout sympathique, des dermatoses, a justifié la radiothérapie sympathique, faite sur la moelle épinière. Quant au pityriasis rosé, on l'a traité par l'irradiation de la moelle épinière avec un grand succès, mais on ne peut affirmer s'il est en rapport avec la moelle épinière, les ganglions sympathiques ou les racines postérieures. Quant aux rayons limitrophes de Schultze-Stucky, très mous, leurs effets sont divers, suivant les auteurs. Il faut les étudier sur un grand nombre de malades et pendant longtemps pour pouvoir se prononcer. Il faut les manier avec prudence, quoique les réactions après leur application ne soient pas trop intenses.

BERMANN.

Un cas de lupus érythémateux aigu, par S. BORTNIAIEFF et M. TCHIRKINA. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 3, mars 1928, pp. 286-290.

La malade est âgée de 38 ans. A 8 ans scarlatine avec otite moyenne purulente. Vie sexuelle depuis l'âge de 26 ans, réglée depuis l'âge de 16 ans, 2 enfants dont un suspect de tuberculose. Un enfant mort de scarlatine, une fausse-couche provoquée. Ni tabagique, ni alcoolique. Le lupus a débuté, il y a une année et demie, aux parties latérales du nez et a gagné les joues. Pas de traitement. Il y a sept mois parésie du membre supérieur gauche suivie de douleurs et de tuméfactions articulaires. Puis faiblesse générale, température 38-39° avec œdème intense et rougeur de la face. Cet état ne s'améliorant pas au bout de trois semaines, la malade entre à la clinique. On constate que le cuir chevelu est d'un rose pâle, peu mobile, infiltré, couvert de squames fines. Une éruption rouge brun va du cuir chevelu au front, aux oreilles, d'une façon symétrique aux joues, nez, aux sourcils et à la lèvre supérieure. Le cou, la poitrine, le dos, les phalanges unguéales des pieds et des mains ont les mêmes phénomènes, les limites régulières, surélevées, confuses par places. La malade meurt au bout de quatre semaines de faiblesse générale. L'autopsie montre une pneumonie métastatique, une pleurésie fibrineuse, une tuméfaction aiguë de la rate, une dégénérescence du muscle cardiaque, une hémorragie pie-mérienne, un œdème cérébral et une septicémie. La peau biopsiée a montré au microscope une hyperkératose et de l'œdème cutané, avec dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Infiltration périvasculaire, périfolliculaire et périglandulaire. R. d. p. à la région sous-thalamique, du bulbe et de la moelle. Le plexus solaire a montré une dégénérescence hyaline et une prolifération intense du tissu conjonctif interstitiel. En outre, une diminution des cellules ganglionnaires, dont les formes sont modifiées, une atrophie avec prolifération des satellites, neuronophagie et pigmentation prononcée des cellules. L'atrophie ancienne du système sympathique ne peut pas être attribuée à la scarlatine d'il y a 30 ans, ou à la septicémie aiguë, car le

processus atrophique est chronique. Ce processus n'est pas encore décrit, mais il mérite d'être étudié, car il a joué un certain rôle dans les troubles cutanés et viscéraux, bien qu'il n'explique pas la pathogénie du lupus érythémateux. BERMANN.

A propos de la casuistique de la syphilis extra-génitale, par M. FINCK. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, nº 3, mars 1928, pp. 291-292.

Les deux cas de l'auteur sont intéressants au point de vue de la rareté de l'endroit inoculé et du mode de l'infection.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 7 ans qui présente un chancre induré typique de la plante du pied droit. Dans le creux poplité droit adénopathie indolore typique. Vu l'absence des spirochètes et la localisation insolite, on n'a pas fait de traitement avant l'apparition de la roséole et le B.-W. ++++. L'enfant a, en outre, présenté une angine spécifique. La fillette couchait toujours avec sa mère qui n'a jamais rien remarqué d'anormal et qui présente, à la grande lèvre droite un reliquat d'accident primaire, avec adénopathie inguinale droite. B.-W. ++++.

Le deuxième cas a trait à un aide-médecin de 37 ans qui avait une papule à l'avant-bras droit qui a été diagnostiquée furoncle. Plus tard, on constatait une roséole du tronc, des papules hypertrophiques anales et un reliquat de chancre à l'avant-bras droit avec ganglions cubitaux et axillaires, surtout prononcés à droite. B.-W. ++++. C'est un cas d'infection professionnelle, car l'aide-médecin panse et soigne les syphilitiques, et travaille les manches retroussées.

BERMANN.

Journal dla Oussoverchenstvovania vratchey (Leningrad).

La réaction de précipitation des érythrocytes dans diverses affections urologiques, par V. U. ZVÉREV. *Journal dla oussoverchenstvovania vratchey* (Leningrade), nº 1, janvier 1928, pp. 26-31.

Cette réaction est peu connue en urologie. L'auteur a fait 285 réactions sur 215 malades atteints des diverses maladies uro-génitales, tuberculose, blennorragie, etc. Pour contrôler, on fait également la réaction chez des personnes saines. En ce qui concerne les urétrites gonococciques, elles donnent une accélération légère ou nulle dans le temps de la précipitation. L'auteur conclut que la réaction de précipitation a lieu dans les affections accompagnées de décomposition des albumines qui s'absorbent par les voies lymphatiques et exercent une influence sur l'état général de l'organisme. Le degré de l'accélération dépend de la gravité du processus et de la durée de l'absorption. La réaction, qui s'accélère dans les processus purulents, peut servir de moyen de diagnostic de ces processus. Toutefois ce n'est qu'une réaction auxiliaire qui ne saurait être prise en considération sans les symptômes cliniques. BERMANN.

Syphilis et constitution, par A. G. ROLNIK. *Journal dla oussoverchenstvovania vratchey* (Leningrade), nº 1, janvier 1928, pp. 31-35.

Se basant sur l'étude bibliographique, l'auteur conclut : l'évolution de la syphilis et son pronostic sont déterminés par l'état de l'organisme. L'état de l'organisme dépend de l'action réciproque de son génotype, c'est-à-dire, de la part héréditaire des symptômes et propriétés, et du milieu extérieur, c'est-à-dire, des causes ou facteurs épigénétiques (alcoolisme, intoxication chronique ou aiguë exo- ou endogène, affections professionnelles, inanition, dépression psychique, surmenage, insuffisance d'oxygène). L'action de nos médicaments dans le traitement de la syphilis se fait par l'intermédiaire des tissus, la cellule modifiant leur état biochimique et contribuant par là à les délivrer des agents infectieux et des produits de leur activité. Le biochimisme tissulaire des individus de constitutions diverses est variable, de même que varient les réactions qualitatives et quantitatives de ces tissus aux moyens thérapeutiques. C'est pour cela que la thérapie doit être individuelle, pour se conformer aux variations biochimiques de l'organisme. Le meilleur traitement est celui qui vise, non pas les spirochètes, mais l'organisme, et les réactions sanguine et céphalorachidienne. La constitution exerce une influence énorme sur la marche de la syphilis. La syphiligraphie actuelle a pour tâche d'étudier l'influence des facteurs épigénétiques sur l'évolution de l'infection, afin de pouvoir modifier ces causes et élever les forces défensives de l'organisme.

BERMANN.

Klinitcheskaïa Medizina (Moscou).

Le dermographisme noir, par F. S. YOURIEFF (Dnépropétrovsk). *Klinitcheskaïa Medizina* (Moscou), t. VI, n° 8 (83), pp. 489-490.

La malade, une sœur de charité, âgée de 30 ans, atteinte de syndrome adiposo génital, présente des phénomènes curieux localisés aux téguments. La peau est sèche, dense, indolore, ne faisant presque pas de plis et ne transpirant jamais, même en été. Le dermographisme rouge est retardé, mais durable. Ce dermographisme est provoqué par des objets en or, nickel, bois, caoutchouc, ébonite, os. Mais si l'on touche la peau avec des objets de cuivre et d'argent, l'on obtient des raies noires, plombées, disparaissant au bout d'une ou deux secondes. Le nettoyage de la peau à l'éther ou à l'alcool donne un retard de quelques heures dans la production de ce phénomène. Le dermographisme noir est surtout net à la poitrine, moins dans le dos. Le papier de tournesol rouge appliqué sur la malade a bleui, le bleu n'a pas changé. Une mince plaque de cuivre appliquée sur la poitrine a verdi du côté cutané. L'auteur a recherché sans la rencontrer cette anomalie cutanée sur 400 malades. L'auteur conclut qu'il s'agit d'une rare anomalie cutanée de caractère chimique, oxydant rapidement le métal et consistant en une réaction alcaline de la peau. BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



LÉSIONS ATYPIQUES DE LA PEAU GLABRE DANS LE FAVUS

Par le docteur M. G. MGUEBROW
Chef des services dermatologique et de la syphilis infantile à l'Institut dermato-vénéréologique « Glavtché » de l'Etat de l'Ukraine à Odessa.

Au cours des années 1919-1920, nous avons observé sur la peau glabre de malades atteints de favus du cuir chevelu, une série de lésions ne présentant absolument rien d'analogue avec celles, que nous constatons d'habitude dans cette maladie. Lorsque nous rencontrions dans la suite, chez un malade, ces affections, qui ne nous frappaient plus par leur caractère inusité, c'est exclusivement sur ces dernières, que nous basions notre diagnostic, et quand il était posé, nous en cherchions la confirmation dans des symptômes concomitants, indubitables, ayant pour sièges le cuir chevelu et les ongles ; et, de règle, nous ne tardions pas à les découvrir. Ce n'est pas d'ailleurs pour leur favus du cuir chevelu que ces malades s'adressaient à nous ; ils venaient nous consulter tantôt pour les éruptions, dont nous avons parlé plus haut, tantôt pour d'autres maladies cutanées, telles que la gale, la pyodermite, etc.

Les lésions atypiques de la peau glabre dans le favus peuvent être distribuées en 3 groupes :

Premier groupe. — Plaques présentant une grande analogie avec les formes typiques du favus de la peau glabre. Ces plaques, d'ordinaire, sont ovales ou irrégulièrement ovales et de dimensions allant d'une pièce de 1 franc, à une pièce de 2 francs et parfois davantage ; elles sont légèrement érythémateuses, avec des contours plus ou moins accusés et couvertes de fines squames en poussière de son. Très souvent, seule, une partie des plaques desquame ; le reste est légèrement coloré en rouge ; de plus, la desquamation a pour sièges de petits foyers dispersés sur la plaque ; parfois elle fait complètement défaut. La coloration

[illegible]ée de la plaque est souvent très faiblement accusée ; elle est à peine perceptible, ne s'étend pas sur toute la surface de la plaque, n'en couvre qu'une partie, et l'on voit apparaître par places des îlots de peau normale ou à peu près normale. Sur le fond de la plaque on remarque bien nettement de petites papules infiltrées, d'une coloration intense, de dimensions diverses, allant d'une graine de pavot, à un pois et légèrement surélevées au-dessus de la peau. Elles sont mates, tantôt sphériques, tantôt légèrement aplaties. On constate parfois, au centre de ces papules, une petite croûte, quelquefois une légère desquamation ; cependant la desquamation fait le plus souvent défaut et n'apparaît qu'au grattage. Quoique ces papules soient disséminées, on peut néanmoins, et presque de règle, constater leur tendance à une disposition en chapelet, les papules les plus grandes, occupant le centre, et les plus petites la périphérie de la plaque.

Ces plaques peuvent avoir pour sièges les diverses parties du corps, mais je les ai surtout observées dans la région scapulaire et intra-scapulaire, sur la poitrine, le visage, les extrémités supérieures et quelquefois sur les membres inférieurs, ainsi que sur la peau du ventre.

Ce qui différencie surtout ces plaques du favus typique de la peau glabre, c'est l'absence des godets dorés, même de dimensions minimes. Si l'on prend en considération que les lésions typiques du favus avec godets, siégeant sur la peau glabre, peuvent aussi revêtir cet aspect dans leur période secondaire, il est possible que dans quelques-uns de nos cas, présentant un caractère chronique, les godets aient existé précédemment, et c'est dans cette période secondaire que ces malades venaient nous consulter. Cependant nous avons constaté cet aspect des plaques chez des malades présentant des éruptions récentes, comme peut en témoigner la brève observation que nous citons ci-dessous.

G. X..., 17 ans. Est affecté de favus en godets du cuir chevelu depuis plus de 10 ans. Sur la face externe de l'avant-bras gauche on constate la présence d'une plaque desquamante d'un rose pâle, atteignant les dimensions d'une pièce de 2 francs, sur laquelle apparaissent des papules rouges isolées de la grandeur d'une graine de pavot. Il n'a pas été possible de déterminer le moment d'apparition de cette plaque. Une éruption, datant de 10 jours, s'est montrée sur la face ; elle consiste en 2 plaques, l'une sur la joue droite, l'autre à l'extrémité du nez. La plaque de la joue est infiltrée, rouge pâle, de la grandeur

d'une pièce de 2 francs. Des papules isolées, rouges, de la dimension d'une graine de pavot, sont disséminées sur le fond. Elles desquament partiellement. La plaque située à l'extrémité du nez, grande comme une pièce de 50 centimes, de couleur rouge-pâle, est couverte de squames d'un jaune-grisâtre ; elle est de caractère séborrhéique. Des éléments mycéliens ont été trouvés dans les squames de toutes les plaques. L'ensemencement a donné une culture d'*achorion Schönleinii*. Ce malade a été présenté par le docteur H. J. Landa au cours d'une séance de la Société de Dermatologie d'Odessa.

Dans certains cas la confusion avec les plaques trichophytiques est possible ; dans la trichophytie, cependant, les plaques sont rondes et non pas ovales, leur liseré périphérique est plus accusé ; au centre on constate une région de peau saine ou presque saine (non pas dans tous les cas, toutefois) et les papules (les papulo-vésicules) présentent un caractère d'exsudation et non d'infiltration.

Deuxième groupe. — Les lésions atypiques de ce groupe se distinguent par leur caractère de superficialité. Elles se manifestent soit sous forme de plaques érythémato-squameuses, ou bien très souvent, sous forme de simples plaques squameuses. Elles ont des dimensions allant d'une graine de pavot, à une pièce de 50 centimes, parfois même davantage. On peut les observer sur n'importe quelle région. Elle sont disséminées le plus souvent sur le front, le visage, le cou, sur les régions supérieures du tronc, et sur les épaules. Ces plaques sont séparées de la peau saine par des limites très nettes, et sont d'un même ton sur toute leur étendue. Ces éléments très fins et extrêmement superficiels sont recouverts de squames minimes très adhérentes, ayant l'aspect de poussière de son ; ils paraissent saupoudrés de farine. Les squames sont ordinairement d'un blanc grisâtre ; parfois, cependant, et surtout sur le visage, sur les sièges d'élection de la séborrhée, les squames prennent une légère nuance jaunâtre. Les plaques rappellent les éléments séborrhéiques (eczématides) et plus souvent encore le pityriasis simple ; cependant elles sont un peu plus rudes, plus nettement séparées de la peau saine et sont le plus souvent de très petites dimensions (allant d'une graine de pavot à une pièce de 25 centimes en argent), se développent avec une extrême lenteur, tandis que les plaques du pityriasis simple se développent rapidement et occupent de plus grandes surfaces (dimensions de pièces de 25 centimes en argent, de

50 centimes, de 1 franc et de 2 francs). Il est vrai que les plaques érythémato-squameuses du favus peuvent atteindre des dimensions plus grandes encore (*Favus herpeticus*, Favus épidermique des anciens auteurs français).

Les desquamations en poussière de son, de petites dimensions, disséminées, accompagnées de squames très adhérentes et siégeant sur la peau saine ou légèrement érythémateuse, doivent toujours faire soupçonner le favus. Dans ces cas, on voit apparaître, de règle, le favus du cuir chevelu. Nous avons rencontré très fréquemment ces lésions au cours des années de troubles et de famine, quand, pendant des mois entiers, beaucoup de gens ne prenaient pas de soins de propreté et ne changeaient pas de linge. Dans les squames on trouvait d'ordinaire des élements mycéliens, pas toujours cependant, ce que l'on constate d'ailleurs dans les autres formes atypiques du favus ; on ne parvenait à découvrir dans quelques cas le mycélium qu'après des recherches maintes fois répétées.

Troisième groupe. — Les lésions du troisième groupe sont plus atypiques. Je les ai observées, pour la première fois en 1921, dans notre service des maladies cutanées, chez un jeune homme affecté de favus du cuir chevelu. Je les ai observées plus tard, en 1924, chez trois sœurs, dans ma clientèle privée. Je citerai quelques courts extraits de mes observations concernant ces dernières malades.

1. — G. Z..., 21 ans, venue de Podolie. Est atteinte de favus du cuir chevelu depuis son enfance. Les lésions unguéales ont fait leur apparition il y a 5 ans, 2 mois plus tard une éruption a surgi sur la peau des membres supérieurs, puis dans d'autres régions ; elle persiste encore actuellement et continue à s'étendre. La malade s'est présentée, portant un chapeau et gantée ; elle ne m'a montré, d'abord, que les lésions de l'avant-bras, puis, sur mes instances, les lésions des autres parties du corps. L'affection rappelait à un tel point ce que j'avais déjà observé chez le jeune homme dont il a été parlé plus haut, que j'ai supposé immédiatement le diagnostic. La malade m'a déclaré dans la suite, qu'elle avait été en effet atteinte de favus du cuir chevelu, qu'on l'avait traitée deux ans auparavant par les rayons X et que la guérison avait été obtenue. Les lésions cutanées avaient été considérées comme n'ayant aucune connexion avec le favus et avaient été prises pour du psoriasis.

Sur la surface externe des avant-bras, sur les épaules, sur le dos, sur la surface dorsale des pieds et sur le visage on constate la présence d'éléments rouge foncé disséminés, ayant les dimensions d'une

pièce de 25 centimes en argent, de forme arrondie ; sur les extrémités, ces éléments sont d'une teinte violacée. Ils sont infiltrés et très légèrement surélevés au-dessus de la peau. La coloration disparaît à la pression, mais en partie seulement, et l'on voit apparaître, par transparence, une tache jaune qui persiste. L'intensité de coloration de quelques papules n'est pas la même sur toute leur étendue ; on y aperçoit des points isolés, d'une coloration plus intense, encerclés d'une zone claire. On constate une desquamation légère, qui n'atteint pas la papule tout entière ; par places la desquamation comporte un caractère lamellaire, à d'autres endroits, elle a l'aspect de fine poussière de son. Au grattage, la desquamation augmente d'intensité, mais on n'obtient pas de pellicule terminale ; le grattage plus prolongé occasionne une hémorragie diffuse.

Les ongles du pouce, de l'index et du médius de la main droite, et du médius de la main gauche sont déformés ; ils sont ternes, s'émiettent sur le bord libre et desquament en grosses lamelles. Par places, on constate la présence de taches jaunes, de dimensions variables. Dans les squames des papules on observe des éléments mycéliens en segments irréguliers. Dans la poussière d'ongles on constate la présence de mycélium et de petits groupes de spores de dimensions diverses et de forme irrégulière. Il a été impossible, à notre regret, de procéder à l'ensemencement. Le cuir chevelu porte des cicatrices atrophiées, de forme irrégulière. Nous n'avons pas constaté la présence de cheveux malades.

Deux mois après, la malade m'a amené ses deux sœurs.

II. — G. R..., 19 ans. Est malade depuis un an et demi. Elle est porteuse au visage, aux épaules et à la base des mains d'éléments analogues à ceux que l'on a observés chez la sœur aînée. En outre, le dos de la main est eczématisé. Les squames ont donné des éléments mycéliens. Le cuir chevelu et les ongles ne présentent aucune trace de lésions.

III. — G. L..., 17 ans. Est malade depuis un an et demi. Le cuir chevelu est sain. Sur le tronc et sur les extrémités sont disséminés des éléments isolés analogues à ceux qui ont été observés chez la sœur aînée. On constate, en outre, quelques plaques polycycliques, desquamantes, infiltrées, plus grandes, atteignant les dimensions d'une pièce de 2 fr. La coloration de quelques-unes d'entre elles n'est pas complètement régulière ; on y voit apparaître des sortes de points mouchetés, petits, isolés et d'une coloration rouge foncé, plus intense. L'ongle du médius de la main gauche est déformé ; il est terne, porte par place des taches jaunes et se détache en lamelles grossières et épaisses. La poussière d'ongles a donné des groupes de spores de dimensions différentes et de forme irrégulière. Dans les squames prélevées sur quelques papules, le mycélium n'a pas été découvert.

Nous n'avons pu procéder à des recherches ultérieures par suite du départ des malades.

La sœur aînée, a, sans aucun doute, contaminé ses deux cadettes. La maladie de la seconde sœur présente un intérêt tout particulier ; elle a évolué sous forme d'affection de la peau glabre sans connexion avec des lésions des ongles et du cuir chevelu.

Comme le montre le tableau de la maladie de la troisième sœur, nous avons observé une affection cutanée qui se manifestait aussi bien par des papules que par des plaques ; mais ces plaques se différenciaient nettement, par leur infiltration diffuse ; des plaques atypiques des lésions faviques décrites dans le premier groupe ; dans ces dernières plaques, en effet, l'infiltration est, en général, plus faible et à peine perceptible. Il se peut que des plaques de ce genre ne soient que des phases différentes d'un même processus. L'infiltration légère au début, et se manifestant par des foyers infiltrés périfolliculaires isolés, peut s'épancher ultérieurement, et la plaque revêtira alors l'aspect d'une lésion franchement infiltrée, avec des points périfolliculaires isolés, se distinguant à peine sur son fond. Dans la période de régression le fond de la plaque sur toute son étendue commence, semble-t-il, par se résorber, il ne reste que des éléments périfolliculaires, et la plaque reprendra l'aspect décrit dans le premier groupe.

Les plaques polycycliques, d'une coloration et d'une infiltration uniforme, observées dans l'affection de la troisième sœur sont apparemment le résultat de la fusion de foyers isolés. Nous avons observé des lésions de ce genre, dans notre service, sur la face dorsale des mains chez une fillette de 10 ans présentée par le docteur H.-J. Landa au cours de la séance de la Société de Dermatologie d'Odessa du 2 juin 1926.

Cette malade portait sur le cuir chevelu une forme impétigineuse de favus ; elle présentait également des lésions unguéales du pouce et du cinquième doigt de la main droite et sur le dos des mains une éruption de plaques aux limites nettement accusées, de dimensions variables, rondes et polycycliques, infiltrées, d'un rouge-clair, desquamant légèrement et presque sans prurit. L'ensemencement des squames et des cheveux a donné une culture d'achorion Schönleinii.

Les lésions des mains rappelaient, dans ce cas, les lésions occasionnées par le trichophyton à culture violette et seuls

l'examen des cheveux et la culture ont permis de poser un diagnostic juste.

Les papules peuvent parfois atteindre un accroissement en hauteur beaucoup plus considérable que celui qui a été décrit plus haut, particulièrement sur les extrémités inférieures, comme nous l'avons constaté en 1920, dans un cas, chez un enfant de 10 ans, atteint de lésion du cuir chevelu. Sur les jambes et en partie sur les cuisses, étaient disséminées des papules isolées, sphériques, assez résistantes au palper, d'un rouge foncé avec une teinte violacé nettement accusée, d'une grandeur allant de celle d'un pois à une pièce de 25 centimes en argent et surélevées de 1 à 2 mm. au-dessus de la peau.

La description de ces trois groupes d'affections nous permet de constater, que les formes atypiques dans le favus, revêtaient un caractère tout à fait original.

Le diagnostic juste n'en est possible, assurément, qu'après la découverte de lésions typiques sur les autres régions et après les résultats positifs, données par le microscope et les cultures ; mais, dans le favus il est extrêmement difficile de constater la présence de mycélium ; des recherches multiples sont souvent nécessaires. Pour l'observateur averti, qui a vu et étudié de semblables éruptions, le diagnostic ne présente pas de difficultés, et c'est ce qui a eu lieu dans les cas que j'ai décrits.

Traitement

On obtient facilement la guérison des affections du deuxième groupe ; souvent même la guérison peut être spontanée. Pour les cas de ce groupe, il suffit de frictionner les parties atteintes avec de la pommade soufrée ou salicylée, ou avec de l'onguent mercuriel blanc.

Les affections du premier groupe nécessitent un emploi plus prolongé de pommades soufrée-cadique et à la chrysarobine.

Ce sont les affections du troisième groupe, qui sont les plus rebelles. Il faut, dans ces cas, alterner les frictions de pommade à la chrysarobine, et de pommades soufrée-cadique additionnées de savon vert. Le traitement en est long et peut durer des mois entiers. Il est indispensable, bien entendu, d'avoir raison des lésions des ongles et du cuir chevelu.

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES DERMATOPHYTES

Par R. SABOURAUD

(1er Mémoire)

Depuis 1892, époque où j'ai commencé l'étude analytique des teignes de l'homme et des animaux, mes travaux, et ceux de tous les auteurs qui se sont consacrés à ces questions, ont montré une prodigieuse quantité de faits nouveaux qu'il fallut enregistrer d'abord côte à côte sans qu'on sût la valeur qu'il fallait donner à chacun. Après des années d'études analytiques, il est devenu possible aujourd'hui d'émettre des conclusions plus générales.

Ce travail de synthèse, je l'ai commencé dans mon ouvrage sur : *Les Teignes* (1910), mais il se continue chaque jour. Par exemple, les travaux poursuivis à la suite de Mario Truffi et de Bruno Bloch sur les trichophytines ont ouvert à cette question des voies nouvelles. De même plusieurs études taxinomiques ont vu le jour successivement, et si certaines ne me paraissent pas avoir été conduites avec la rigueur scientifique désirable, il y a lieu pourtant de les discuter. Enfin, même à n'envisager que la répartition dans le monde des diverses espèces mycosiques constituant les teignes, il me paraît qu'on peut émettre à ce sujet quelques vues générales intéressantes, impossibles à formuler il y a quinze ans. Chaque contrée présente un faciès dermatophytique spécial ; certains pays montrent des types culturaux qu'un autre ne montre jamais. Certains ne montrent qu'un seul type parasitaire toujours le même ; en d'autres vingt espèces parasitaires coexistent avec des fréquences variables. Dans l'ensemble des espèces cryptogamiques qui font les teignes, maintenant il est possible de dire celles qui sont les plus importantes, de parler de leur répartition dans le monde et de leur proportionnalité.

Certes, il reste encore dans l'étude des Dermatophytes nom-

bre de points particuliers qui demeurent problématiques, et aucune synthèse ne peut prétendre à être définitive. Néanmoins, un coup d'œil d'ensemble sur le sujet permet à ceux qui ne l'ont pas étudié particulièrement de se rendre compte du chemin parcouru. A ceux qui l'ont étudié, cela peut aider à coordonner des idées éparses et éclairer des points obscurs.

A PROPOS DU FAVUS

Lorsqu'on étudie l'Achorion du Favus, le premier fait qui doit nécessairement frapper, c'est son existence universelle, parce que cette universalité lui est tout à fait spéciale. Les dermatophytes ont, en général, une aire géographique limitée ; ils se rencontrent ici ou là, plus en un pays qu'en un autre, et il y a des pays où ils ne se rencontrent pas. Le favus seul fait exception, il est mondial et jusqu'ici *tous* les cas de favus du cuir chevelu ont donné lieu à la même culture celle de l'*Achorion Schoenleinii*, avec sa forme spongieuse, sa couleur de cire, son évolution lente, etc... Il se rencontre le même en Asie, en Europe, en Afrique, en Amérique. L'Achorion de Schönleïn est le seul Dermatophyte qui se développe semblablement en toutes régions de la terre. Ce fait me paraît dominer dans le sujet tout autre fait d'observation. Sans doute, une fois sur cent ou deux cents cas, on rencontre un Achorion dont les cultures poussent un peu plus vite que les autres, mais ces cultures diffèrent seulement de la culture habituelle par l'activité plus grande de leur développement. Elles garderont, hors celui-là, tous les caractères du type normal de la culture d'Achorion banal. Inversement d'autres pousseront avec une extrême lenteur, mais pour reproduire également le type habituel. Ces cas de cultures plus ou moins vivaces, plus ou moins pauvres sont trop rares dans l'ensemble pour qu'on puisse établir une correspondance entre elles et le type clinique de la maladie. Cependant j'ai reçu, il y a peu de semaines du Dr Payenneville de Rouen, une culture provenant d'un favus du front et de la paupière, sur un nouveau-né de quelques jours. Et dans ce cas, la vivacité de développement de la culture pourrait expliquer cette infection de date, de siège et de rapidité évolutive inaccoutumés, mais on voit inversement un grand nombre de cas majeurs où la maladie a pris un développement très extensif et dont la

culture reste pauvre comme le sont les cultures de l'Achorion de Schönlein en général.

Du reste, malgré ces différences légères de vitalité entre les diverses cultures de l'Achorion banal sur les milieux artificiels, on peut bien dire que leur unicité reste évidente. A priori on peut prédire à l'avance la culture que l'on obtiendra d'un favus du cuir chevelu quelle que soit sa forme clinique et la région géographique dont il provient parce que cette culture est toujours la même.

*
* *

Pourtant, le favus du cuir chevelu affecte parfois des formes cliniques assez diverses. Dans le favus ordinaire et normal, l'élément le plus caractéristique en apparence est le *godet favique* : surproduction d'apparence croûteuse, sèche, constituée exclusivement par un feutrage mycélien, chaque godet ayant une forme ronde, convexe en profondeur, concave en surface, qui lui a fait donner le nom latin de *scutulum* (petite écuelle). Et l'agglomération de godets entassés, fusionnés, ayant perdu leurs caractères élémentaires, constitue le favus rocheux ou « squarreux » des anciens auteurs.

Mais le godet, élément si caractéristique du favus normal, n'apparaît pourtant pas comme un élément indispensable de la maladie puisqu'on observe au cuir chevelu un assez grand nombre de cas de favus qui ne présentent pas de godets.

Il y en a trois types cliniques, ce sont : le favus *pityroïde* dont les lésions sont recouvertes entièrement de pellicules grises adhérentes ; le favus *impétigoïde*, plus rare, qu'on prendrait au premier aspect pour un impétigo, en raison de sa croûte mélicérique ; et le favus *papyroïde*, d'une extrême rareté, très contagieux, très rapidement extensif, et dont la croûte mince, sèche et cassante à la pression, est un feutrage mycélien comme le godet, mais extensif en surface et non localisé comme les godets autour du seul orifice pilaire.

A considérer ces trois aspects cliniques, l'observateur qui ne connaîtrait jusque-là que les trichophyties dont les cultures, en nos pays, sont souvent diverses, s'attendrait à extraire de chacun des cas de favus d'apparence hétérogène un Achorion différent. C'est une surprise pour lui de ne jamais obtenir que la même invariable culture de l'Achorion Schönleïnii.

Laissons de côté le cas du favus papyroïde dans lequel le feu-

trage mycélien en nappe se constitue en une croûte mince de nature semblable à celle du godet, et sous la croûte duquel on rencontre souvent des godets miliaires, gros comme des têtes d'épingle, il reste un fait certain c'est que le favus pityroïde et le favus impétigoïde peuvent durer sur place des années sans montrer de godets du tout.

Leur évolution reste celle du favus ordinaire, ils en ont la durée sur place indéfinie l'évolution lentement progressive, la terminaison partielle par cicatrice. Le cheveu favique, dans tous ces cas, garde ses caractères ordinaires qui en permettent le diagnostic microscopique. On le voit parcouru de filaments clairs parallèles, faits de cellules longues et peu ramifiées, qui ne remplissent jamais la totalité du cheveu. Plus tard ces filaments, gros et petits dans le même cheveu, donnent lieu à des articles sporulaires à peine plus longs que larges et dont la division par tri et tétratomie constitue les tarses faviques.

Donc, les faits que je viens de relater semblent dire que le cheveu favique, avec les éléments spéciaux de son parasite, constitue l'essentiel de la maladie, plus que le godet, qui, dans certains cas peut manquer, même au cours d'un favus certain, d'évolution lente, ayant duré même des années.

*
* *

Quant au favus nommé *herpeticus* par les anciens, il mérite aussi quelques explications, mais qui semblent simples et plausibles. Au musée de l'hôpital Saint-Louis, il en existe de beaux moulages, montrant des cercles trichophytoïdes semés de petits godets. Cet aspect avait beaucoup exercé la sagacité de nos anciens maîtres, car plusieurs avaient voulu faire de la trichophytie et du favus une même unique maladie dont les symptômes évolueraient suivant deux plans : Favus ou Trichophytie.

Le problème que pose le favus herpéticus ne me paraît pas très obscur parce que tout germe d'un dermatophyte quelconque végétant sur un point quelconque de la peau, émet autour de son point d'inoculation des filaments radiés qui sont comme les rayons d'une roue dont le moyeu serait constitué par la matière d'inoculation. Il s'ensuit donc une lésion de forme ronde ou ovalaire quel qu'ait été le parasite inoculé : achorion, trichophyton, ou microsporum.

Mais ce premier tableau s'altère très vite ; le plus souvent, au

centre du cercle, le parasite meurt, tandis qu'à sa périphérie il continue de végéter. Alors, pour continuer ma comparaison, la roue se trouve réduite à sa jante. Le centre du cercle devient bistre, la « peau pèle » et s'exfolie, le pourtour du cercle seul reste vivant et c'est l'*herpès circiné*.

Ce tableau peut être le même pour un Trichophyton, un Achorion, un Microsporum et même pour un Epidermophyton qui n'envahira jamais le poil, témoin l'*Eczéma marginatum* de Hébra dont la marge rouge circinée est un des caractères proéminents. La naissance d'une teigne tondante se fait de même et le clinicien en est très souvent témoin. Mais dans les teignes tondantes après un temps, la lésion épidermique circinée disparaît du cuir chevelu ; il reste seulement en surface une desquamation localisée aux points malades, avec les autres caractères que donne à la maladie l'invasion parasitaire du poil ou du cheveu. Aucun de nous ne s'étonne donc quand il rencontre une teigne tondante sur laquelle aucun cercle d'herpès ne paraît plus : il en est de même dans le favus.

En outre, tous les observateurs ont vu des cas de favus, des cas de trichophytie, ou de microsporie, alors qu'ils ne montrent plus de cercles au cuir chevelu, en montrer encore, plus ou moins reconnaissables, en des points quelconques de la peau vague. Le travail récent du Dr Mguébrow sur le favus en Russie insiste sur ce fait comme sur un fait nouveau, mais il est pour nous d'observation banale. La lésion circinée du favus qui crée le favus herpéticus est donc l'exemple d'un processus commun à toutes les dermatophyties, processus qui le plus souvent est transitoire et disparaît vite dans le favus, mais qui, dans certains cas peu nombreux subsiste plus longtemps. Ainsi donc l'herpès circiné, dans le favus comme dans toutes les autres dermatophyties, constitue une phase, assez fugitive, peut-être inconstante chez lui, et assez rarement observée. Que dans certains cas, elle s'observe plus durable, il n'y a là qu'une différence du plus au moins.

*
* *

La question des godets faviques, de leur existence ordinaire, et de leur absence totale en certains cas est un peu plus surprenante pour le clinicien. Sur la peau glabre comme au cuir chevelu, le favus montre ordinairement des godets ce qui certifie le diagnostic immédiat. Quelquefois il produit des cercles sans

godets ce qui rend le diagnostic de la mycose incertain, tant qu'on n'a pas retrouvé (au cuir chevelu en général) la lésion-mère et typique qui affirme la nature de la maladie.

Le plus important au point de vue doctrinal me paraît l'absence possible de tout godet au cours d'un favus *du cuir chevelu* durant pourtant depuis des années. Le godet ne serait donc pas un élément constant et nécessaire de la vie du parasite même en cette région. Nous savons l'anatomie du godet favique, mais on n'a jamais étudié suffisamment son mode de naissance. Tous les vieux auteurs ont dit et on peut encore le vérifier, que le godet favique commence comme une pustulette blanche périfolliculaire orificielle dont la piqûre fait sortir un liquide laiteux. Quelques jours plus tard, la pustulette solidifiée sera devenue un petit godet.

On peut se rendre compte de ce phénomène en épilant soigneusement une surface favique du cuir chevelu, dans un cas de favus à godets. Après trois jours de soins, d'épilation, d'antisepsie de surface, on abandonne la lésion à elle-même. Quinze jours ou trois semaines plus tard, on verra se reproduire de petits godets par le mécanisme que je viens d'indiquer. Or nous manquons de biopsies du godet, faites à ce stade préliminaire ; ces biopsies pourraient nous apprendre beaucoup de choses.

* * *

Un autre fait rend le problème du godet fort complexe et de solution difficile. Mais il nous faut pour l'expliquer élargir notre sujet, et parler de la phase initiale d'inoculation des *Microsporums animaux*. Lorsqu'on étudie la phase d'invasion d'un follicule pilaire par le Microsporum lanosum par exemple, on observe ce qu'Adamson a décrit le premier et que j'ai abondamment figuré dans mon ouvrage sur les teignes (Fig. 18, 19 et 21) une très remarquable formation d'articles mycéliens géants, formant un bouquet compact à l'orifice pilaire et ce bouquet n'est pas sans de grandes ressemblances avec le godet favique ; il est mêmement constitué.

Dans les microspories animales ce faux godet, visible seulement au microscope est un phénomène transitoire qui disparaît à mesure que le parasitisme du poil se constitue ; mais tout porte à penser que c'est le même phénomène organisé et stabilisé qui constitue le godet favique. On s'expliquerait par là que, dans certains cas de favus, le godet n'existât pas. Son rudiment, prépara-

toire à l'invasion du cheveu, aurait disparu sur certains sujets comme il disparaît normalement dans les microspories animales, passé leur début.

Ce phénomène relierait donc le favus à certaines microspories animales, et permettrait de comprendre comment un des dermatophytes animaux : l'*Achorion gypseum* de Bodin par exemple, peut déterminer sur la peau (non pas toujours, mais parfois seulement), d'indubitables godets, alors que par tous ses caractères de culture et par l'inflammation aiguë qu'il peut provoquer il se place à côté des Microsporums animaux.

A la lumière de ces faits nouveaux rapprochés de faits anciens qui demeuraient sans explication, le godet apparaît donc dans le favus, de même que le cercle d'herpès, comme un phénomène contingent ; il peut ou non se produire, *et il pourrait par aventure accompagner le parasitisme de certains autres dermatophytes bien qu'ils ne fussent pas de vrais achorions.* On comprend à la fois l'intérêt et le danger de cette conclusion qui pourrait amener dans le sujet une série de confusions fâcheuses au lieu d'augmenter la somme de nos connaissances sur le sujet.

Pour éclaircir ce point doctrinal très important, il faut recourir à l'étude des Achorions animaux ; car si le Favus humain du cuir chevelu se montre toujours dû au même Achorion Schönleïnii, l'homme peut néanmoins présenter, rarement d'ailleurs, sur le corps, le bras, la face, la paupière, une inoculation accidentelle d'un achorion atypique. Que ces achorions ordinairement d'origine animale puissent un jour s'observer au cuir chevelu comme ailleurs, la chose reste évidemment possible, tout ce qu'on peut dire c'est que sur les milliers de cas de favus du cuir chevelu de l'homme, ensemencés sur milieux artificiels, on n'en a pas encore rencontré.

Ces favus de culture atypique se présentent ordinairement sur la peau humaine glabre sous forme d'un *favus herpeticus* parsemé de petits godets. Examinons donc les espèces d'Achorion connues qui sont d'origine animale et les cultures auxquelles elles donnent lieu.

I. — Le premier des Achorions animaux qui fut étudié est l'*Achorion Quinckeanum* de Bodin et son nom est une erreur ; il est de Bodin et non de Quincke. Dans un cas de Favus du cuir chevelu et du corps, Quincke avait obtenu la culture d'un Achorion

banal (Schönleïnii) en partant des godets du cuir chevelu, et une moisissure blanche par l'ensemencement des godets du corps. Mais cette culture blanche était certainement celle d'un saprophyte, car on ne voit jamais deux achorions différents sur le même malade et on obtient toujours la même culture d'un même favus quel que soit le siège de ses lésions.

Lorsque Bodin obtint d'un favus de la souris une culture duveteuse blanche, il crut avoir retrouvé l'Achorion de Quincke et le désigna par son nom. J'ai raconté comment j'en avais obtenu la première culture d'un large godet siégeant sur la tête d'une souris morte qu'on avait envoyée d'Autun à M. Hallopeau. De temps à autre, on observe, surtout en province, des épidémies de favus sur la souris. Des souris mortes ou prises au piège montrent des godets. Quand elles sont mortes, c'est parce que le godet a provoqué la résorption de l'os frontal ou temporal par un mécanisme analogue à celui des résorptions osseuses au contact d'un anévrysme. Après la perforation, une méningite de surinfection amène la mort de l'animal.

Donc Bodin étudia cet Achorion Quinckeanum et on le compte aujourd'hui parmi les Achorions animaux. Mais il se pose à son sujet une question que, dans l'état présent de nos connaissances, je considère comme insoluble, la voici : Lorsqu'on conserve très longtemps sur un même milieu sucré une même culture d'Achorion *Schönleïnii*, on peut y voir surgir des touffes de duvet blanc qui représentent une forme de dégénérescence de l'Achorion primitif, et comme toutes les formes pléomorphiques de tous les dermatophytes, celle-ci est devenue irréversible à son type originel. Ce duvet blanc reproduira un duvet blanc, et jamais plus la culture spongoïde, couleur de cire, de l'Achorion Schönleïnii.

Or entre ce duvet blanc, issu des vieilles cultures de l'Achorion de Schönleïn, et la culture directe de l'Achorion Quinckeanum, on peut n'observer soit à l'œil nu, soit au microscope, aucune différence. Il se pourrait donc que l'Achorion de la souris ne fut qu'une forme dégénérée de l'Achorion de Schönleïn. J'avais émis cette opinion comme une hypothèse, des botanistes l'ont reprise et émise comme une certitude. Mais le fait, pour le moment, n'a pas de démonstration possible, c'est seulement une hypothèse assez plausible. Quoi qu'il en soit ce parasite n'a jamais été observé chez l'homme que sous la forme d'un cercle parasitaire sur la peau glabre, un cercle parsemé ou non de godets.

II. — Il reste trois autres achorions connus. Et d'abord l'*Achorion gallinæ* de Suis et Suffran. En culture, c'est un gros duvet blanc, court et dru, produisant dans le milieu l'effusion d'un pigment de couleur rose orangée. Il détermine la maladie de la poule, connue des vétérinaires sous le nom de « Crête blanche », caractérisée, sur la poule, par une croûte mince, crétacée, recouvrant la crête, et, chez le coq, les barbillons. Cette maladie très particulière à la poule, inoculable au cobaye, chez lequel on retrouve des godets microscopiquement certains, n'a pas encore été vue chez l'homme, et, de ce fait, elle a moins d'intérêt qu'une autre. Il ne semble pas qu'elle soit spontanément parasitaire pour l'espèce humaine. Sa nature semble prouvée par ce fait que la croûte de la crête du coq est un agglomérat mycélien de forme et disposition identiques au godet humain de l'Achorion Schönleïnii. De même la lésion d'inoculation au cobaye.

III. — J'ai reçu du Prof. Bruno Bloch la culture d'un autre Achorion : *Achorion violaceum* qui peut donner lieu à un débat différent. Cette culture étudiée dans mon laboratoire par le Dr Cimoca de Cluj (Roumanie) et par moi, nous paraît à peu près identique à celle du *trichophyton violaceum*. Dans son premier travail sur ce sujet, Bruno Bloch ne fait que le mentionner (1) mais, dans un suivant, il revient sur les cas qu'il en a observés et les inoculations qu'il en a faites. Sur la fesse d'un homme de 22 ans, c'était une plaque trichophytoïde sur laquelle étaient deux godets certains, gros comme une tête d'épingle. Sur la paupière inférieure d'une fillette de 13 ans une lésion ovalaire dont le pourtour était marginé d'une zone inflammatoire, mais le centre occupé par un large godet jaune soufre. La même épidémie comprenait deux autres cas dont les lésions ne montraient pas de godets.

Les lésions inoculées à l'avant-bras de l'homme reproduisirent six godets dont l'un gros comme un noyau de cerise ; inoculés au rat ils redonnèrent aussi des godets. Il ne reste donc aucun doute possible sur la réalité des faits observés (2).

Comment ces faits étranges doivent-il être interprétés ?

(1) Bruno Bloch. Über das Vorkommen des Maüsefavus beim Menschen und seine Stellung in System der Dermatomycosen (*Dermatologische Zeitschrift*. Band XVIII, Heft 5, 1911, p. 451-461).

(2) Bruno Bloch. Das Achorion violaceum ein bischer unbekannter Favuspilz (*Dermatolog. Zeitschrift*, 1911, Bd. XVIII, p. 815-833).

Evidemment on pourrait admettre que deux parasites, presque identiques en culture, sont spécifiquement différents, que l'un est un Trichophyton et l'autre un Achorion, mais une telle hypothèse semble bien théorique et improbable.

Si, inversement les deux parasites : Trichophyton et Achorion violaceum ne sont qu'un seul et même être, ce dermatophyte qui, *dans le cheveu présente la forme d'un trichophyton endothrix pur,* serait capable en certains cas de donner des godets faviques. Ce serait certes un fait très gros de conséquences doctrinales.

Nous aurons lieu de revenir sur ce sujet lorsque nous parlerons du très spécial dermatophyte qu'est le Trichophyton violaceum. Passons.

IV. — En outre des précédents, il ne reste plus qu'un autre Achorion animal découvert et décrit par Bodin de Rennes sous le nom de *Achorion gypseum* parce que sa culture ressemble à celle du *Trich. gypseum* que j'avais décrit de longues années auparavant.

Parasite très particulier et des plus intéressants, il semble originaire du chien et du cheval, chez lequel il provoque des taches croûteuses, et ensuite alopéciques, ressemblant à toutes celles que les vétérinaires réunissent sous le nom d'herpès contagieux. Il ne s'observe sur l'homme qu'exceptionnellement, cependant sa fréquence sur lui semble augmenter en ce moment. Chez l'homme, sur la peau glabre, il donne lieu à des cercles trichophytoïdes sur la marge desquels s'observent quelquefois mais non toujours de petits godets caractéristiques. Pour ce fait, Bodin l'a donc classé parmi les Achorions.

Mais ce parasite, inoculé spontanément sur une région pileuse de l'homme telle que la barbe n'y montre plus de godets du tout et donne lieu à un véritable Kérion (obs. personnelle) lequel évolue comme un kérion, en quelques semaines, sans déterminer une maladie chronique ressemblant en quoi que ce soit au favus normal. Nous l'avons observé en cette région et il aurait été impossible à quiconque de supposer la culture qu'on allait obtenir. On aurait attendu celle d'un Trichophyton ectothrix microïde. Le même fait s'est renouvelé sous nos yeux pour un cercle du front chez l'enfant ; la partie du cercle empiétant sur le cuir chevelu se comporta comme un kérion et se termina de même en quatre semaines. Or ce parasite présente une culture

très analogue à celle des Tr. microïdes ou plus encore à celle des grands Microsporums animaux : Cultures très extensives, à développement rapide, sous forme d'un tapis rond de duvet blanc teinté de bistre, qui en quelques semaines devient poudreux ; la poudre constituée par d'innombrables fuseaux pluriseptés, tout à fait analogues aux fuseaux bien connus des Trichophytons microïdes et des Microsporums animaux.

La survenue de ce parasite singulier dans la collection des Dermatophytes a soulevé elle aussi de difficiles problèmes théoriques.

L'ensemble de tous ces faits litigieux nous amène à nous demander ce qui constitue vraiment le favus et cela nous fait toucher du doigt l'incertitude de nos connaissances sur le sujet.

*
* *

Tout d'abord posons ce fait que le favus chez l'homme a des caractères spéciaux si tranchés que depuis la médecine grecque et à travers la médecine du moyen-âge, jusqu'à nos jours, cette teigne a toujours été reconnue et différenciée de toutes les affections autres du cuir chevelu. La spécificité de ses symptômes, son évolution lentement progressive sans guérison spontanée, sa terminaison en certains points par cicatrice, tout cela affirme la spécificité de la maladie et lui confère une indiscutable autonomie. Cependant si nous prenons un à un tous ces symptômes, aucun (depuis les recherches des années passées) n'est absolument constant ou assez particulier pour qu'on puisse baser sur lui une différenciation absolue entre l'Achorion et les autres dermatophytes.

1° Parmi les symptômes principaux du favus, il y a le godet, agglomérat mycélien de structure très particulière et dont l'aspect extérieur semble caractéristique, mais on a vu que dans certains favus authentiques il peut manquer.

2° La disposition du parasite dans le cheveu est particulière, mais en de certains cas, le mycélium intrapilaire rappelle de près celui des microsporums.

3° Le cheveu du favus bien que fragilisé par le trousseau mycélien qui l'occupe ne le fait pas casser spontanément comme celui des tondantes, mais il y a des années que Besnier a signalé des favus dont beaucoup de cheveux étaient cassants.

4° La longue durée de la maladie sans qu'elle aboutisse jamais à la guérison spontanée fait du favus dans nos pays une

dermatose de mœurs très spéciales, mais en Russie on voit des trichophyties à culture violette chez des sujets d'un âge avancé, et j'en ai vu moi-même, à 43 ans, qui duraient depuis la première enfance, et qui aboutissaient à des cicatrices définitives, comme le favus, quoique les aires alopéciques soient dans cette trichophytie, beaucoup plus nombreuses et plus petites que celles du favus. Ainsi pas un des symptômes du favus si on le prend à part, n'est tout à fait constant, à lui seul pathognomonique.

Bien entendu, cette discussion est toute dogmatique, elle ne touche en rien le tableau clinique que le favus nous montre tous les jours. Mais elle tend à rapprocher le favus de plusieurs mycoses du cuir chevelu que nous en croyions tout à fait distinctes.

*
* *

Certains botanistes, que l'étude clinique de la maladie ne peut pas gêner puisqu'ils l'ignorent, se sont tirés de ces difficultés par des *apriori* qui paraissent étranges aux dermatologistes que nous sommes. Ils sont partis de la culture de l'Achorion comme d'un point fixe dans l'univers, et ils ont dit :

La culture de l'Achorion est glabre, cireuse, spongieuse, elle ne présente botaniquement que des arthrospores, c'est-à-dire des réserves protoplasmiques enkystées sur le trajet des filaments mycéliens et elle ne présente aucun autre organe de fructification, nous la classerons donc dans les *Arthrosporées*.

Donc (?) toutes les cultures glabres, de couleur ou de consistance analogue et montrant des arthrospores sans autre organe de fructification seront des Achorions... Alors ils classeront parmi les favus le Microsporum ferrugineum d'Ota qui crée sur l'enfant une microsporie, et toutes les trichophyties à culture glabre, spécialement celles de la vache et du veau chez l'homme, celles des bouviers et des convoyeurs de bestiaux.

Ainsi une seule chose leur importe, l'aspect macro et microscopique des cultures. Ils les classent tout uniment comme des plantes sèches dans un herbier.

Mais le favus de la souris est duveteux, alors on le classera parmi les formes duveteuses pléomorphiques et dégradées. Ce sera la forme dégradée d'un dermatophyte plus différencié... Passe encore, quoi que ce soit là une simple hypothèse.

Mais voilà l'*Achorion gallinæ*, duveteux aussi quoique d'un aspect tout autre, et si spécial en raison de la diffusion de son

pigment rose-orange dans le milieu de sa culture... Lui aussi sera jeté parmi les duvets pléomorphiques de l'un quelconque des dermatophytes.

Enfin voilà l'*Achorion gypseum* de Bodin dont la culture ressemble à celle des microsporums animaux ? on en fera un Microsporum animal, etc., etc.

En somme, toutes ces classifications aventureuses sont basées sur ce fait unique que le premier et le plus fréquent des Achorions a une culture glabre. Si d'autres ont une culture duveteuse ce ne sont pas des Achorions. Et si d'autres dermatophytes ont une culture glabre ce seront des achorions. On ne donne cette exceptionnelle faveur à la culture de l'Achorion banal que parce qu'il cause une maladie fréquente. Si cette mycose était rare, personne n'eut songé à faire de sa culture un prototype. Toute cette classification est donc basée sur ce postulat : le favus est fréquent ; sa culture est glabre, toute culture analogue devra être considérée comme d'un favus (1).

Je reviendrai quelque jour sur l'inanité des classifications botaniques actuellement imposées aux dermatophytes. Je n'y insiste pas aujourd'hui.

Mais il faut souligner en toute bonne foi les incertitudes que nos études laissent dans le sujet, au risque d'augmenter la confusion que les essais de classification botanique y ont apportée déjà. Des faits actuellement connus, on peut tirer provisoirement les conclusions suivantes sous une forme interrogative.

1° Le godet favique, malgré sa fréquence et malgré ses caractères précis et spéciaux pourrait n'être qu'un élément contingent et relativement accessoire dans le favus, puisqu'on le voit manquer en certains cas.

2° Il se pourrait que dans certains autres cas à préciser, un trichophyton endothrix put donner lieu à des godets (*Achorion* (?) *violaceum* de Bruno Bloch).

3° Il se pourrait qu'un Microsporum animal (*Achorion* (?) *gypseum* de Bodin) put donner lieu de même à des godets sur les régions glabres bien qu'il détermine d'ordinaire au niveau des régions pileuses, une mycose inflammatoire du type du kérion.

(1) Léonidas Grigorakis. *Contribution à l'étude des teignes et de leurs parasites.* Lyon, Imprimerie Bascou, 1928.

C'est avec de très grandes hésitations que nous posons ce questionnaire, car il remet en cause des faits qui semblaient acquis et jugés. Mais en fait de science, une acquisition n'est jamais que provisoire. Chaque .problème scientifique se pose devant nous, *sans nous*, et *malgré nous*. Ce n'est pas parce que nous nous refuserons à le discuter qu'il cessera d'être un problème. Il ne peut cesser de l'être que quand nous l'avons résolu.

OBSERVATION RARE DE SYPHILIS SECONDAIRE MALIGNE

(SYPHILIS PAPULO-TUBERCULEUSE GÉNÉRALISÉE)

Par le Prof. GRAVAGNA
Dispensaire celtique gouvernemental municipalisé de Catane.

La rareté et l'importance des manifestations cutanées rencontrées sur un malade qui s'était présenté à la visite de notre dispensaire; la discordance des avis qui furent émis par des cliniciens de valeur concernant la nature de ces manifestations ; le décours clinico-curatif que nous avons pu rigoureusement suivre pendant un temps assez prolongé, nous incitèrent à rapporter cette observation clinique rare, et à laquelle nous attribuons une très grande valeur.

Le 2 juin dernier vint recourir à nos soins le malade J. Giovanni, armurier, âgé de 59 ans, d'Acireale.

Anamnèse personnelle éloignée négative; rien du côté héréditaire ou collatéral.

Il nie carrément avoir contracté au cours de sa vie matrimoniale ou auparavant quelque infection spécifique vénéréo-syphilitique ; il assure avoir toujours craint la contagion et respecté religieusement la foi conjugale. Il n'est pas buveur et ne fume pas. Il a toujours mené une vie régulière, se donnant tout entier à sa famille et il a joui, jusqu'à la maladie actuelle, de la santé la plus florissante.

Sa femme est vivante, saine d'apparence; elle a eu onze grossesses, dont huit ont été menées à terme normalement, tandis que trois ont été interrompues au 3e, 4e ou 5e mois, spontanément, et elle ne sait indiquer la cause de ces avortements. A l'heure actuelle sont vivants et bien portants deux garçons et trois filles; deux garçons et une fille sont morts, l'une à l'âge de six mois, les garçons à huit mois et un an, tous deux d'une infection gastro-intestinale, semble-t-il.

Examen du malade. — L'état général marque un peu de déchéance; la peau est peu nourrie, les masses musculaires sont flasques et les muqueuses visibles décolorées. Le développement squelettique est normal, les divers appareils sont normaux.

Le malade déshabillé (fig. 1), notre attention est retenue par une

profusion de lésions cutanées qui du front aux pieds par devant, de la nuque aux talons par derrière, tapissent presque toute la surface tégumentaire et révèlent l'importance et la gravité du cas clinique.

Cette généralisation de manifestations, qui date d'environ trois mois, s'est rapidement constituée; elle avait débuté, paraît-il, par des efflorescences papuleuses péri-ombilicales, qui bientôt envahirent et couvrirent toute la superficie cutanée. Les muqueuses de la bouche

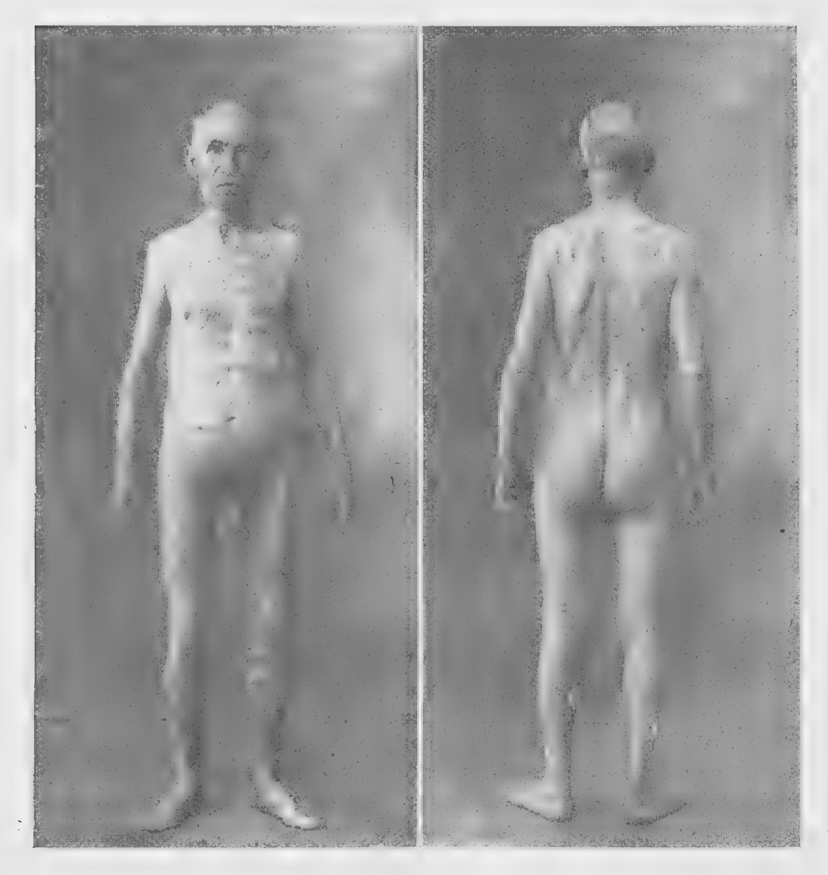


Fig. 1.

(lèvre, langue, amygdales) ne furent pas épargnées par l'éruption des manifestations nettement papuleuses.

C'est dans ces conditions qu'il nous a été donné d'examiner le malade le 2 juin dernier et voici ce que nous avons minutieusement enregistré.

Tête à peu près chauve; çà et là apparaissent de courts et rares cheveux grisonnants. Le front est le siège d'un nombre extraordinaire de larges éléments papuleux, voisins, serrés les uns contre les autres, la

plupart indépendants mais étroitement rapprochés, quelques-uns confluents de façon à constituer une large plaque en relief avec inégalités sur sa surface.

Ces papules grandes, nummulaires, envahissent aussi les arcades sourcilières et les régions temporales. Elles sont à contours circulaires, de coloration rouge vif phlegmasique, indolentes à la pression digitale. Çà et là, il est facile aussi de noter des éléments plus petits, rappelant la papule lenticulaire. Sur la face et sur le cou on observe une éruption profuse composée de papules larges, saillantes, dures, isolées, de forme circulaire et de couleur rouge vif; par contre, sur les régions latérales du cou, quelques-uns de ces éléments papuleux confluent entre eux. Au milieu de ces manifestations papuleuses, spécialement sur la région labiale supérieure droite, sur la région médiane du menton et dans la région sous-mentonnière on note des points infiltrés, nodules de la dimension d'une amande, un peu sensibles à la pression, légèrement enflammés, de forme arrondie, peu déplaçables, dont la surface centrale, déjà détruite, laisse voir une ulcération peu profonde, à contours circulaires, à bords un peu décollés, non taillés à pic, et avec un fonds inégal occupé pauvrement par une matière purulo-sanguinolente de coloration jaune sale.

Yeux sans trace de lésions passées ni en activité.

Examen de la cavité bucco-pharyngée. — Rien de particulier sur la muqueuse nasale ni sur la muqueuse pharyngée. Les deux amygdales se présentent un peu augmentées de volume et légèrement rouges ; on n'y voit du reste ni érosions, ni formes papuleuses, ulcéreuses, etc... Les arcs palatins sont légèrement rougis et ils se détachent nettement de la muqueuse environnante, par leur coloris rouge foncé qui ne va pas se dégradant mais s'arrête brusquement à leurs limites. La langue, plus exactement sur ses bords, présente des formes papulo-érosives, ovalaires, isolées ou confluentes; le fond de ces lésions est d'un blanc sale et les bords en sont plus ou moins irréguliers (plaques opalines de Bassereau). Les angles labiaux sont le siège d'un groupe de papules érosives, irrégulières, allongées, indolentes, de disposition arrondie, de coloris blanchâtre tranchant sur le rouge pâle de la muqueuse labiale. Les dents sont bien implantées dans leurs alvéoles, incomplètes quant à leur nombre, malpropres. Les gencives sont de coloration rouge, elles sont sales et saignent facilement.

Description des lésions de la surface cutanée antérieure. — Sur toute la surface cutanée antérieure, du cou aux pieds (fig. 1) il est facile de noter une quantité extraordinaire, profuse, disséminée, généralisée, de manifestations papuleuses (macro-papules nummulaires) qui d'une façon imposante se détachent sur la surface cutanée qu'elles occupent toute. Ces papules sont larges et elles se montrent un peu surélevées, de contour circulaire, de coloration rouge vif, résistantes, un peu dures au toucher. Elles sont presque toutes isolées, très voisines les unes des autres, s'affleurant en de nombreux points; ailleurs elles sont confluentes. Çà et là se laissent voir, bien qu'en petit nombre, des éléments papuleux plus petits, isolés, de la même coloration et de

la même consistance (papules lenticulaires). Presque toute la surface cutanée antérieure est couverte d'une couche de matière grasse, sale, noirâtre, se détachant et s'enlevant facilement et due, en outre de la sueur du malade, aux pommades variées appliquées comme traitement de l'éruption cutanée, et dont nul bain de propreté n'a tenté la libération. Sur le thorax et sur les parties internes des régions de flexion des membres supérieurs on peut voir de moyennes et petites bulles isolées, superposées pour la plupart aux larges manifestations papuleuses décrites ci-dessus, presque remplies d'un liquide blanc, sale, visqueux et séro-sanguinolent dans quelques-unes, séro-purulent dans d'autres; c'est une véritable phlycténisation, exclusivement cutanée, qui desséchée en quelques points a laissé des squames blanchâtres, petites, peu adhérentes, tandis qu'ailleurs la rupture des bulles a donné lieu à la formation de croûtes blanchâtres, un peu surélevées, peu épaisses et facilement détachables. Les ongles des mains sont malpropres, longs, non soignés, quelques-uns irréguliers, certains rugueux, d'autres brisés. Sur la cuisse et sur la jambe gauche, dans la région latérale interne, on remarque deux nodules légèrement infiltrés de la dimension d'une petite noix, peu sensibles, ouverts et ulcérés à leur sommet, et en proie à un processus de nécrose. Les pieds, en leur région antérieure montrent, en outre des formes papuleuses larges, identiques à celles déjà décrites de toute la surface cutanée et des formes papuleuses plus petites, de petites bulles en nombre réduit pleines d'un contenu visqueux, séro-sanguinolent. Aux endroits où ces bulles sont déjà rompues, on constàte des reliefs croûteux, brunâtres, peu épais, friables, pouvant être détachés sans aucune difficulté.

Les ongles des pieds aussi sont longs, sales, irréguliers, brisés pour la plupart.

Surface cutanée postérieure. — Des manifestations cutanées identiques à celles qui ont été notées sur la face antérieure s'observent sur la surface postérieure du corps (fig. 2). Ce sont des manifestations papuleuses imposantes, larges, saillantes, profuses, généralisées et qui, isolées ou par endroits confluentes, occupent et recouvrent presque toute la surface cutanée. Sur la région centrale de la nuque on note deux nodules infiltrés, l'un au-dessous de l'autre, de la dimension d'une amande, peu douloureux, arrondis, peu déplaçables, légèrement enflammés, ouverts en leur surface centrale, l'ulcération étant à bords décollés mais non taillés à pic et présentant un fond inégal recouvert d'une matière séro-sanguinolente. Les épaules, et surtout les fesses, les cuisses et les jambes jusqu'à leur tiers moyen sont envahies par ces lésions papuleuses larges, nummulaires, de coloration rouge vif, un peu résistantes, entourées çà et là de papules plus petites, lenticulaires. Les fesses et les membres inférieurs particulièrement présentent des bulles petites isolées, un peu distantes les unes des autres, siégeant pour la plupart sur les manifestations papuleuses larges, presque pleines d'un liquide visqueux, sanguinolent, et quelques-unes d'une matière séro-purulente. Là où s'est déjà produite la rupture de ces bulles on voit des amas croûteux, brunâtres, peu épais, et détachables

avec beaucoup de facilité. Rien à la plante des pieds. Cette impressionnante généralisation de manifestations polymorphes se couronne de troubles subjectifs graves (céphalée, malaise général, inappétence, inaptitude au travail, insomnie, irritabilité nerveuse accentuée) qui aggravent et compromettent l'état général du malade.

Examen des urines. — Quantité et coloration normales; poids spécifique 1020; réaction acide, aspect limpide; sédimentation nulle. Pas d'albumine, pas de sucre, pas de pigments biliaires. Composés inorganiques (chlorures, sulfates, carbonatès, phosphates) normaux. Le sédiment rare obtenu par centrifugation a montré quelques cristaux d'acide urique et de l'acide urique en granulations amorphes. Aucun élément pathologique rénal.

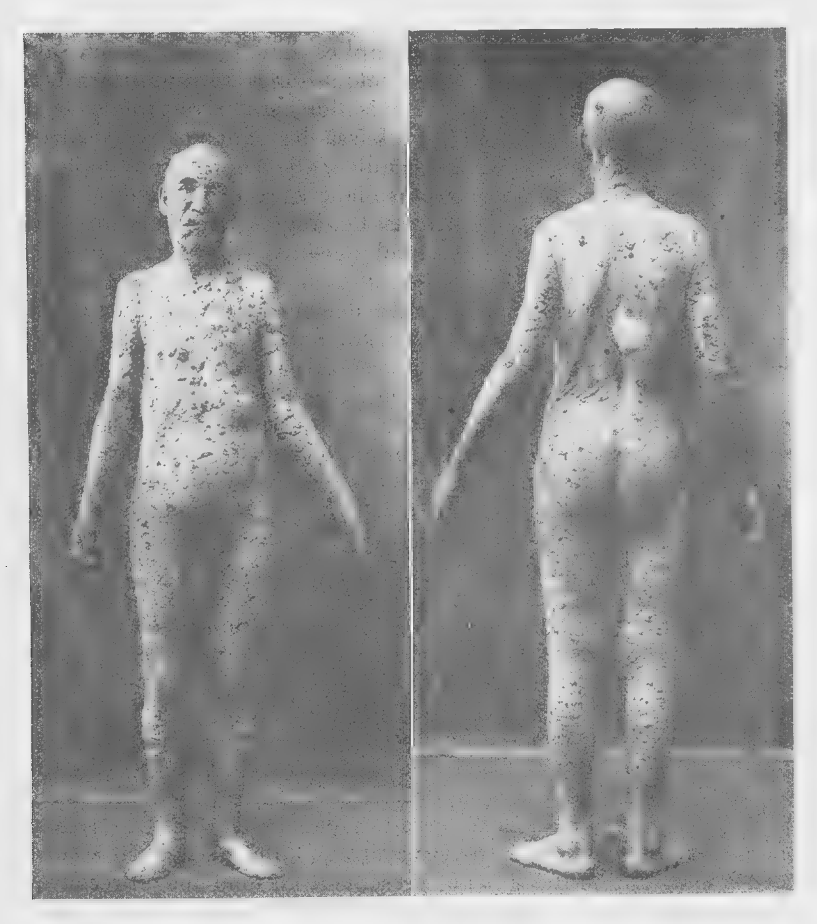


Fig. 2.

Examen du sang (morphologique). — Taux. — Hb = 80.

Numération (Thoma Zeiss). — Globules rouges, 3.520.000. Globules blancs, 6.600.

Formule. — Polynucléaires, 60 o/o ; mononucléaires, 17 o/o ; lymphocytes, 12 o/o ; éosinophiles, 2 o/o ; basophiles, 1 o/o.

Aucune altération ni dans la série rouge ni dans la blanche.

Observations au paraboloïde. — Des grandes et petites papules et des nodules du malade ont été prélevées des préparations variées qui, examinées à maintes reprises, ont donné un résultat négatif : aucun tréponème.

Séro-réactions de Wassermann et de Meinicke. — Le Wassermann a été pratiqué d'une façon répétée au cours du temps que nous avons gardé le malade sous notre observation pour l'étude et l'appréciation



Fig. 3.

de ses manifestations cutanées. L'épreuve a constamment été négative. Même après la précieuse recherche de l'activation le résultat négatif n'a subi aucune modification. D'autre part la réaction de Meinicke, pratiquée dans le même temps que la réaction originale de Wassermann ou isolément s'est montrée négative avec la même constance que celle-ci.

Cutiréaction. — Pratiquée avec la tuberculine humaine et bovine de Kock, elle s'est montrée négative ; les points d'inoculation n'ont présenté aucune altération méritant d'être notée.

Recherches bactériologiques du contenu des bulles. — Avec une seringue rigoureusement stérilisée on a aspiré, de quelques bulles, un peu du liquide qu'elles contenaient, on a ensemencé différents tubes (agar simple, agar glycériné, gélatine) qu'on a maintenus dans

le thermostat. Tous les tubes sont demeurés stériles, à l'exception d'un seul qui a montré de banales colonies de staphylocoques.

Recherches des tréponèmes dans les tissus. — De l'un des nodules décrits plus haut, et d'une des larges manifestations papuleuses, convenablement préparées, on a excisé des morceaux de tissu, qui réduits en fragments très petits ont été fixés dans l'alcool, passés ensuite dans la solution alcoolique de nitrate d'argent. Maintenus à la température de la chambre ils ont été immergés pendant 24 heures dans le réducteur de Van Ermenghen. Les recherches microscopiques n'ont pu démontrer d'exemplaires du tréponème pâle.

Recherches histologiques. — Des pièces de ces lésions nodulaires et papuleuses excisées ont été fixées par la formaline, l'alcool absolu, le sublimé. Après durcissement dans l'alcool les fragments ont été colorés *in toto* à l'hématoxyline-éosine, avec les différents carmins, et inclus dans la paraffine. Les coupes au microtome de ces pièces incluses ont montré ce qui suit : L'épiderme, constitué d'éléments normaux, bien adossés les uns aux autres, présente en quelques points des bouchons d'infiltration lymphocytaire. Le derme se présente farci, dans presque toute son épaisseur, d'éléments lymphocytaires qui constituent à eux seuls l'altération dont il est affecté. Aucune altération des vaisseaux du derme.

*
* *

Telle est l'observation du malade que nous avons eu l'occasion d'étudier attentivement, de suivre en le soumettant à de minutieuses recherches ; le cas est tout à fait remarquable par la multiplicité et par l'importance de ses manifestations cutanées, ainsi que par leur polymorphisme ; il n'est pas douteux, en outre qu'il constitue par sa rareté, un cas d'interprétation diagnostique difficile, tout au moins au premier abord. Ainsi s'explique l'incertitude et les appréciations erronées d'observateurs de valeur qui ont pu examiner le malade, l'un admettant qu'il s'agissait de *mycosis fongoïde*, un autre de *pemphigus généralisé*. L'incertitude et les erreurs d'individualisation concernant la dermatose présentée par notre malade pouvaient en partie se justifier quand on pense que les recherches effectuées par quelques-uns des observateurs susdits pour obtenir une preuve soit pour, soit contre quelque autre entité morbide, ou tout au moins pour entrevoir une solution, ont donné constamment des résultats négatifs. En fait, négatives ont été les réponses sérologiques en regard d'une affection syphilitique possible ; négatives également ont été les recherches des parasites spécifiques avec les différentes méthodes de coloration et au moyen de l'ultramicroscope.

La négativité de ces recherches subsidiaires a certainement poussé à ne pas faire confirmer une exacte interprétation des manifestations cutanées présentées par le malade, et elle a contribué à faire proposer des jugements diagnostiques plus ou moins inadmissibles.

Nous-même, qui cependant avions la certitude de la spécificité des lésions cutanées enregistrées, nous éprouvions de la surprise, presque de la contrariété en face des épreuves sérologiques et microscopiques ; alors que nous continuions à étudier minutieusement le cas, à suivre rigoureusement le malade, toutes les recherches de laboratoire se conjuraient pour donner un résultat négatif, toujours négatif. Les colorations à froid, les observations répétées au paraboloïde, les imprégnations des coupes microtomiques au nitrate d'argent, n'ont pas pu parvenir à démontrer des exemplaires des tréponèmes classiques, ce qui aurait scellé le critérium diagnostique d'une affection syphilitique. Cependant malgré l'opposition persistante des recherches subsidiaires, la possibilité d'une infection spécifique s'imposait ; nous appuyant sur la clinique, renforcée spécialement par l'effet du traitement, nous basant aussi sur les recherches histologiques, nous pouvons démontrer la nature des lésions cutanées et confirmer le bien fondé de notre premier jugement diagnostique de syphilis ; il s'agit de *syphilis papulo-tuberculeuse secondaire maligne*. Et ce diagnostic n'admet aucun démenti.

*
* *

Il est de fait que l'objectivité de cette éruption cutanée profuse, généralisée, imposante, intéressant presque toute la surface de la peau, de la tête aux pieds, tant par devant que par derrière accuse chez notre malade une spécificité indubitable ; cette manifestation morbide, dont les caractères généraux et spéciaux sont si largement présentés, reproduit les caractères spécifiques propres d'une infection syphilitique. Lorsque nous avons fait déshabiller le malade et que nous l'avons bien regardé notre attention fut attirée et nous sommes restés frappés par le nombre considérable des éléments papuleux grands et petits qui disséminés, avec profusion, isolés, confluents, serrés étroitement en certains points, occupaient et envahissaient toute la surface cutanée antérieure et postérieure du corps. Ces éléments papuleux, ou mieux

papulo-tuberculeux, caractéristiques, nummulaires, de la grandeur de 6-8-10 millimètres de diamètre, se présentaient élevés, un peu durs, résistants au toucher, indolents et aprurigineux, formant çà et là des figures circulaires et semi-circulaires. Leur coloration est typique, pathognomonique, d'un rouge vif c'est-à-dire presque inflammatoire, d'un *rouge coquelicot* selon la géniale expression de Fournier. En quelques points, autour de ces manifestations morbides nummulaires, qui ressortent et se détachent sur toute l'étendue de la surface cutanée, il est facile de voir des éléments papuleux petits, rappelant la papule lenticulaire.

Ces éléments éruptifs, généreusement disséminés, morphologiquement indiscutables appartiennent, par leur expression clinique, par l'ensemble de leurs caractères spéciaux, exclusivement, uniquement, à l'infection syphilitique, et seulement à cette infection. Mais il y a plus. Pour confirmer et renforcer notre critère diagnostique surgissent, imposantes et révélatrices, les lésions classiques des muqueuses ; contemporaines de l'éruption cutanée généralisée elles ne laissent persister aucun doute ; à elles seules elles suffiraient pour faire admettre comme certain le diagnostic de l'infection spécifique. Les lésions de la cavité buccale, érosives, typiques dans leur constitution, que nous avons décrites ci-dessus, accusent et affirment une infection spécifique syphilitique en activité et toute discussion contradictoire serait en conséquence superflue et oiseuse.

Néanmoins, quoique absolument convaincu de la justesse de notre diagnostic, d'autre part nous demeurions contrarié par la négativité obstinée des résultats sérologiques et microscopiques qui auraient pu — si positifs — conférer toute sa valeur à notre conception ; cependant, à notre avis, ils ne pouvaient l'infirmer parce que leur réponse négative peut également se constater dans des cas de syphilis certaine et avouée. Nous nous sommes adressé en toute confiance au critère *ex juvantibus*, et nous avons soumis le malade à un traitement spécifique intensif, persuadé que le secours thérapeutique viendrait sûrement aplanir et éclairer la voie. En effet, en faisant au malade des injections de préparations de bismuth, nous avons assisté à la rapide amélioration de son état général, à une lente mais progressive résolution de nombreuses manifestations papuleuses, à la résolution et à la guérison des nodosités, à la rapide dispari-

tion des manifestations muqueuses de la cavité buccale et des angles labiaux (fig. 1 et 2). Après une série d'injections de bismuth il ne restait plus, sur la surface cutanée antérieure et postérieure du corps du malade, qu'un résidu de taches de coloration brunâtre, à peine saillantes, et quelques cicatrices petites et légèrement excavées, de coloration brunâtre, reliquat des nodosités guéries (1).

Ainsi, dans l'étude de notre cas clinique, tout le déploiement des recherches et des investigations les plus minutieuses et les plus délicates entreprises pour faire la preuve de la nature des manifestations morbides que nous avons ci-dessus rapportées nous a refusé son concours ; le laboratoire ne nous a pas fourni l'appui que nous étions en droit d'attendre de lui et qui aurait pu confirmer et renforcer le diagnostic morphologique et étiologique de l'éruption en question. C'est par la clinique, ce guide d'une maîtrise absolue qui ne peut et qui ne doit jamais être négligé ni diminué, c'est par le critère curatif que nous avons été guidé et que nous avons réussi à individualiser cette manifestation cutanée et à établir sa spécificité. C'est à la clinique et à la ressource thérapeutique — malgré les résultats négatifs de toutes les fines recherches accomplies — que nous nous sommes fié pour l'interprétation exacte de notre cas ; et de l'une et de l'autre, nous avons reçu cette direction précieuse qui nous a guidé pour nous permettre de formuler le diagnostic.

L'on ne doit pas, après tout, être trop surpris si, dans le cas rapporté, les nombreuses investigations subsidiaires n'ont pas appuyé le jugement clinique. En effet si un résultat affirmatif aide et dirige dans la juste appréciation d'entités morbides difficiles et obscures, un résultat négatif n'infirme pas, très souvent, l'exactitude d'un critère clinique diagnostique. Bien plus, — comme on sait — dans les infections graves, malignes, ces résultats des recherches complémentaires ont coutume d'être assez souvent négatifs. Ainsi, dans notre cas, les résultats négatifs

(1) On connaît bien la résistance tenace de ces manifestations syphilitiques au traitement spécifique même employé — comme le recommande Fournier, — *larga manu* ; et l'on connaît bien aussi, la possibilité de l'apparition de nouveaux éléments éruptifs *in situ* à mesure que les premiers entrent en résolution. Nous avons noté le fait chez notre malade : après une cure généreuse, intensive de bismuth, nous avons pu suivre la lente mais progressive résolution des manifestations ; celles-ci deux mois plus tard, se sont reproduites plus violentes et plus généralisées.

que nous avons eus ne pouvaient prendre grande importance parce qu'ils pouvaient être bien justifiés étant donné la gravité de l'infection que nous avions examinée. L'extraordinaire et imposante éruption d'éléments spécifiques en effet, couvrant abondamment et généreusement toute la surface cutanée de notre malade dénonçait certainement l'exceptionnelle activité de son infection, qui constituait un des exemples des plus rares de syphilis grave, maligne. Dans ce cas, comme dans quelques autres de la même gravité, les recherches sérologiques ont été négatives, sans que, pas plus dans notre cas que dans les observations cliniques des autres observateurs, cela ait eu pour effet de mettre en doute le critère diagnostique.

*
* *

L'observation clinique à laquelle nous nous sommes intéressé représente en somme une observation rare, non pas par l'infection syphilitique en elle-même, mais à cause de la généreuse distribution des éléments éruptifs par lesquels elle s'est manifestée. Habitués que nous sommes désormais, en raison de la décroissance marquée de l'infection syphilitique, à ne noter que de rares exemplaires de nouvelles infections et à les voir évoluer sans ce luxe de manifestations cutanées qui en enrichissaient et aggravaient le tableau symptomatologique, le cas clinique que nous avons étudié, par la généralisation de ses manifestations spécifiques est impressionnant, ce qui nous autorise à le rapporter, ne fut-ce que pour fournir un appoint à la casuistique clinique. La syphilis, depuis un certain temps décroît, soit en raison des rigoureuses mesures sanitaires qui sont prises, soit à cause des moyens héroïques de traitement qui la combattent ; elle a perdu de sa physionomie symptomatologique ordinaire et spéciale. Comme le dit si bien Finger elle a perdu sa nature de maladie cutanée, et l'on ne rencontre presque plus cette fréquence de lésions généralisées, ces visibles manifestations qui immanquablement accompagnaient et complétaient le cortège phénoménologique de toute affection spécifique. Voici pourquoi nous avons voulu vous intéresser à notre observation clinique laquelle, par la profusion de ses manifestations, constitue indubitablement un cas rare et de remarquable importance de syphilis secondaire maligne.

L'HYPERKÉRATOSE DES EXTRÉMITÉS EN SAISON FROIDE

Par R. BARTHÉLEMY

Il est surprenant qu'un phénomène aussi banal que l'hyperkératose des extrémités en saison froide n'ait pas trouvé dans les ouvrages de dermatologie une place, si étroite soit-elle, au même titre que les cors ou les engelures, par exemple. On n'en trouve pas la moindre mention dans les traités tels que la *Pratique Dermatologique*, le *Traité Elémentaire* de Brocq, le *Précis* de Darier, pour ne citer que les principaux classiques français.

Cependant, si infime soit-elle, cette petite affection n'en présente pas moins un intérêt, puisque des malades nous consultent à son propos, et parce qu'elle soulève quelques considérations étiologiques, comme tant de manifestations cutanées, qui procèdent d'altérations de l'état général.

Chez des sujets de l'un ou l'autre sexe, non exposés professionnellement à des irritations mécaniques ou chimiques, ni à l'influence du froid, on voit, surtout à partir de la trentaine et malgré une moyenne santé habituelle, apparaître, dès les premiers froids de l'automne, les légers troubles que nous allons décrire.

L'épiderme corné de la pulpe des doigts, surtout la surface convexe de l'extrémité digitale, sauf sa partie franchement palmaire, perd sa souplesse, sa coloration et son aspect normaux. En quelques jours, cette surface, au lieu de rester rose comme les téguments environnants, devient gris jaunâtre, parce que la diminution de sa transparence efface la couleur du derme irrigué par le sang. La striation caractéristique, due à la succession régulière des crêtes spiralées, s'atténue par le comblement des sillons. Son relief diminue, son dessin délicat peut, soit disparaître par nivellement, soit rester visible, mais alourdi et comme

encroûté d'hyperkératose. Celle-ci reste néanmoins très discrète et n'en arrive jamais à former des blocs cornés, saillants et plus ou moins profondément divisés par un quadrillage de fissures, comme dans les kératodermies. Mais le luisant normal est remplacé par du dépoli. On voit une surface terne, vaguement translucide à contre-jour, rayée de faibles dépressions grisâtres, qui rappellent les sillons dont elles procèdent et conservent alors leur incurvation concentrique, ou représentent l'amorce de fissures superficielles. Cette surface est tant soit peu rugueuse, elle accroche les étoffes de soie par des aspérités irrégulièrement distribuées, souvent presque invisibles, et dues au retroussis anguleux de squamules cornées, aux 3/4 adhérentes, mais sèches et dures, causées par le craquèlement de la couche kératosique cassante et exubérante comme l'écorce de certains arbres.

Au toucher, outre l'impression de ces irrégularités toutes superficielles, on a la sensation d'une sorte de parcheminement, de cartonnage léger, par suite du défaut d'élasticité et de l'épaisseur du revêtement corné. Ceux-ci, dans les cas accentués, se traduisent mieux encore par une rigidité plus grande, qui donne lieu au phénomène suivant : alors qu'à l'état normal la pression sur l'extrémité de la pulpe digitale n'entraîne aucune déformation durable des téguments, qui reprennent sans délai appréciable leur place et leur forme antérieures, on observe ici un léger retard, pouvant atteindre 2 ou 3 secondes, du retour au statu-quo, comme s'il s'agissait de la surface d'une balle creuse en celluloïd qu'on « cabosserait » légèrement. Le plus souvent, toute la symptomatologie se borne là, ou ne va même pas jusque-là. Mais les malades, les femmes surtout, s'inquiètent et prennent avis du Médecin à cause de l'aspect *sale* que prend l'épiderme du bout de leurs doigts. En effet, celui-ci, moins lubrifié par les sécrétions, et moins lisse que normalement, s'encrasse avec la plus grande facilité et se marbre de fines traînées grisâtres. La pierre ponce ou les décapants chimiques ont vite raison de cet empoussiérage tenace auquel ne suffit pas le savonnage courant et qui se reproduit avec une déplorable fréquence.

En dehors de l'extrémité pulpaire, l'hyperkératose affecte la face palmaire des doigts et des mains, notamment sur les plis de la paume et ceux des articulations interphalangiennes, et sur

les éminences thénar et hypothénar, mais non spécialement au niveau des points d'appui.

Aux pieds, elle est généralement peu marquée, sans doute parce qu'ils sont à la fois plus protégés et maintenus dans une atmosphère dont l'humidité est moins propice à la dessiccation. Elle y porte moins sur les orteils que sur les zones plantaires et talonnières cornées.

Telle est la symptomatologie de cette affection mineure, qui entraîne cependant quelques complications, guère plus graves qu'elle-même. Celles-ci consistent en *gerçures* qui peuvent siéger au niveau des plis dorsaux des articulations métacarpo-phalangiennes, mais qui affectent plus spécialement les bourrelets cornés garnissant la pulpe digitale aux angles du bord libre des ongles, et que certains sujets abrasent au rasoir ou aux ciseaux, mais qui se reforment impitoyablement tant que dure la période froide. La gerçure est ici un trait perpendiculaire au plan de l'ongle et prenant naissance à la face dorsale dans le sillon latéral du lit de l'ongle. Elle saigne peu, quoique assez profonde, mais elle est douloureuse, durable et facilement récidivante, parce que la couche cornée est épaisse, ne se « ressoude » pas, et conserve une encoche qui devient l'amorce d'une nouvelle fissure. Ce n'est pas la gerçure succulente des mains à engelures, dont la couche cornée est mince, et dont le corps papillaire turgescent sécrète et saigne abondamment, c'est la craquelure d'un épiderme épaissi et ayant, comme un vieux caoutchouc, perdu son élasticité. A un an de distance, ces gerçures peuvent se reformer exactement au même point, sans qu'il subsiste cette fois aucun reliquat apparent. Existe-t-il dans ces cas une modification histologique? C'est difficile à affirmer en l'absence de biopsies acceptées.

Une autre forme consiste dans la fissuration des sillons épidermiques suivant leur direction même, parfois sur plusieurs millimètres, et parfois simultanément sur 2 ou 3 sillons voisins. Ainsi se voient des gerçures bien particulières, avec plusieurs traits parallèles épousant la courbe des crêtes épidermiques.

Une autre forme, enfin, qui résulte de l'hyperkératose sous-unguéale, et souvent des efforts de curage faits pour débarrasser le bord libre de l'ongle de la masse cornée grisâtre qui, sous-jacente, lui donne l'aspect en « deuil », c'est la *fissure sous-unguéale*, particulièrement tenace et douloureuse. La couche

cornée peut s'épaissir sans fissuration. Aux points comprimés, elle se forme et se renouvelle avec facilité, donnant naissance à des *durillons* ou des *cors*, sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister, mais dont un caractère est bien spécial : l'atténuation considérable, voire la disparition en saison chaude.

C'est là le point qui domine en effet la physionomie de tous ces petits troubles, causés par le froid et disparaissant avec lui. Dès que la température moyenne revient vers 15° ou plus, les callosités diminuent ou s'effacent, les fissures se comblent, tout en laissant parfois une fine rainure épidermisée mais indélébile ; enfin, la surface des extrémités pulpaires se nettoie et s'aplanit. Les sillons et les crêtes y retrouvent leur régularité de dessin et de dimensions. La teinte grisâtre, si déplaisante, de l'empoussièrement, qui marque leurs aspérités ou leurs dépressions, celle, jaunâtre, de l'épaisse couche cornée elle-même, font place au rose uni de l'épiderme normal.

Cependant il arrive que tout ne rentre pas complètement dans l'ordre. Poncée à l'excès, la peau des extrémités digitales peut avoir perdu définitivement l'aptitude à reformer le délicat modelé des sillons. Quelques segments de ceux-ci, alourdis, sinueux, mi-effacés, subsistent, vaguement noyés dans un vernis épidermique amorphe et pourvu de grossières facettes. Certains bourrelets continuent à s'écailler irrégulièrement, soit d'une façon spontanée, soit sous l'influence du grattage plus ou moins conscient des reliefs squameux. L'attitude des malades est à ce point de vue, caractéristique, et comparables à celle des enfants rongeurs d'ongles : on les voit qui, regardant ou non le bout de leurs doigts, ferment à demi la main, et, de l'ongle de l'index, viennent sarcler les contours du pouce. Ou bien c'est l'ongle de ce dernier qui ira niveler successivement la pulpe des quatre autres doigts affrontés dans une posture de demi-flexion. Ou encore, c'est d'une main à l'autre que se pratiquent ces rabotages unguéaux qui peuvent rouvrir des fissures, ou provoquer des excoriations en soulevant jusqu'au vif les copeaux épidermiques.

L'étiologie est nette : sans le froid, rien ne se produit. Mais les troubles sont, bien entendu, à rapprocher de ceux que causent les irritants ou destructeurs externes de la couche cornée (caustiques, produits pulvérulents, etc...). Toutefois, il semble bien qu'ici, l'action tout extérieure et directe de l'irritant

« froid » ne soit pas la seule C'est chez certains sujets seulement que se produit le phénomène rapporté. Ils ont, dès longtemps, une prédisposition marquée aux troubles nutritifs de l'épiderme ou des phanères. Ce sont, si l'on veut, des xérodermiques. Peau fine, sèche, facilement gercée dans l'enfance, avec formation d'*envies*, de petites fissures à la base de l'ongle, mauvais dégagement de celui-ci qui entraîne à sa surface des tractus adhérents de l'épiderme corné, *fragilité* fréquente et congénitale de l'ongle lui-même, qui est friable, comme stratifié, et souvent strié de cannélures, s'écaille ou se fend, tels sont les attributs habituels de ce genre de malades.

L'épiderme corné est donc légèrement anormal. Mais ce n'est là que l'indice d'une trophicité amoindrie et le retentissement d'autres troubles : les extrémités sont souvent froides, décolorées, vidées de leur sang superficiel. On n'observe pas la pléthore et la surcoloration des mains à engelures, mains de stase. Ici, ce ne sont pas les écluses d'évacuation, mais celles d'adduction qui sont fermées, restreignant l'apport nutritif et calorifique. La biopsie, la dermatoscopie, montreraient sans doute ce phénomène que la clinique suffit à faire admettre.

La pathogénie apparaît nette dans ces conditions. Le froid, ce puissant agent vaso-constricteur, trouve une tendance vaso-constrictive. Il la favorise et l'accentue, à des températures qui n'agissent pas sur des sujets normaux. Sans aller jusqu'à des phénomènes extrêmes, objectifs comme le doigt mort, subjectifs comme l'onglée, il refroidit les extrémités, réduit leur imbibition, dessèche et kératinise l'épiderme qui se trouve rationné au point de vue trophique et thermique. On voit souvent les malades, qui, pour lutter inconsciemment contre ce déficit, se frottent les mains avec persévérance et comme par un tic. Peut-on remonter plus haut vers l'origine de ces troubles? Il faut se garder d'être catégorique. Mais ils se rencontrent spécialement chez les xérodermiques, les déficients infantiles ou héréditaires si souvent touchés dans leurs glandes endocrines. En raison de la sécheresse et de la faible irrigation cutanées, de l'inconstance des règles chez les femmes atteintes, à puberté tardive, à mauvais développement corporel et génital, j'ai essayé le traitement thyroïdien à petites doses (2 à 5 centigrammes par jour), continuées pendant des mois. Dans un cas accentué, le résultat s'est montré très

satisfaisant. Il y a donc là l'ébauche d'une indication pathogénique et thérapeutique valable.

Le traitement comporte donc un élément interne auquel s'ajoutera l'usage discret de la belladone. Mais les moyens externes peuvent donner couramment l'atténuation que demandent les malades. On fera tenir les extrémités chaudes, élever la température de l'appartement, pratiquer des frictions alcoolisées et des onctions légèrement grasses. On ne laissera user qu'avec prudence des décapages trop énergiques, avec la pierre ponce, avec des solutions ou des savons irritants, savon noir, suc de citron, hypochlorites, lavages fréquents avec des eaux dures, qui nettoient passagèrement, mais renforcent la tendance hyperkératosique. La haute fréquence (étincelage léger ou effluvation) donne souvent une bonne vaso-dilatation, mais elle exige des séances longues et répétées, traitement hors de proportion avec la faible importance de l'affection en cause.

Pour conclure, l'hyperkératose des extrémités en saison froide apparaît comme la conséquence d'une forme particulière d'angiospasme partiel et transitoire, qui peut être en rapport avec une hypothyroïdie fruste, et semble mériter à ce titre d'être considérée comme l'une des bornes d'un domaine qui s'étend chaque jour.

SUR LES POILS INCARNÉS

Par G. WENINGER
(Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de Toulouse)
(Prof. Ch Audry).

Sur l'orteil on observe assez souvent des ongles qui s'incurvent et poussent dans la chair. On dit que ces ongles se sont *incarnés*. Dans la maladie des poils qui est notre sujet d'étude, ceux-ci ne se terminent pas librement, il arrive que par un vice de direction leur pointe libre pousse sous la peau, non sans y provoquer une inflammation qui revêt divers aspects ; c'est ce qu'on appelle : poils incarnés *(pili incarnati)*.

Historique. — Eschricht en 1837, dans son étude sur la direction des poils du corps humain, parle de la fausse direction que peuvent prendre ceux-ci. Il a observé les poils cachés sous l'épiderme où ils produisent une légère élévation, mais il ne paraît pas certain qu'il s'agisse exactement de « poils incarnés », tel que nous l'entendons.

Fr. Schmidt (Service du Prof. Riehl) a publié un travail intéressant sur les *pili incarnati*. Nous avons repris la question, en y ajoutant plusieurs observations personnelles.

Observation i. — Voici une observation personnelle détaillée :

W..., âgé de 22 ans, observe, depuis qu'il se rase régulièrement, des élevures rouges qui se forment dans la région du cou et qui le démangent.

Etat actuel. — Homme de grande taille, type de la race nordique, avec chevelure blonde, droite. Le tableau de la région de la barbe change constamment avec la longueur des poils. Pour nous faire une idée précise et exclure l'action du traumatisme causé par le passage régulier du rasoir, nous avons étudié le malade ayant négligé de se raser pendant trois jours. La barbe est moyennement développée et les poils poussent normalement sur les joues. La région sous-maxillaire par contre donne l'impression de désordre. Les poils poussent dans tous les sens et la direction des courants se laisse à peine deviner. Sur la peau on voit un semis de lésions inflammatoires se présentant sous différentes formes, soit de petits nodules de la grosseur d'une tête

d'épingle à celui d'un grain de millet, soit de papules et de pustules suppurées. Les formations sont groupées dans la région médiane du cou ; vers les angles maxillaires, elles deviennent de plus en plus isolées, et dans la région sous-mentonnière il n'y en a pas du tout. Sous quelque aspect que la lésion inflammatoire se présente, elle est toujours en rapport avec un poil. Dans une série de cas on voit le tronçon pilaire ramper tout près de la peau, et pénétrer à quelques millimètres de sa sortie du follicule dans une papule rouge ou suppurée. Avec la pince il est facile de le saisir dans sa partie médiane, et de libérer la pointe d'un de ces poils qui sont particulièrement vigoureux. Une autre série de poils n'ont pas traversé l'épiderme ; on les voit cheminer à l'intérieur de la couche cornée et se recourber après un certain trajet dans la peau. Rarement ils percent la couche cornée pour pousser librement après ce trajet intraépidermique. Il y a aussi des nodules infiltrés ou suppurés dans leur centre, qui atteignent les dimensions les plus grandes, auquel on n'attribuerait point une origine pilaire. Lorsqu'on plonge la pince dans la profondeur, on est frappé de découvrir un poil recourbé sur lui-même qui est l'agent de l'inflammation. Tous ces poils restent après le passage du rasoir, puisqu'ils ne peuvent être saisis par la lame. Ils provoquent une sensation désagréable de cuisson et de démangeaison.

Le processus ne laisse pas de cicatrices. Les ongles et les dents sont normaux.

Nous pourrions ajouter deux autres observations, également inédites, des deux frères du sujet précédent, mais dont il nous suffit de faire mention puisqu'elles n'ajoutent rien à la précédente. Nous nous contentons d'attirer dès maintenant l'attention sur le caractère familial de la maladie.

Observation 2. — Voici une autre observation inédite :

R. G..., 24 ans, cultivateur. Nous avons relevé chez ce malade, qui est passé dans notre consultation, des pustules suppurées, dont le malade est porteur depuis l'âge de 15 ans et dont il ne s'est pas autrement préoccupé.

Il s'agit d'un homme de constitution moyenne avec une chevelure noire, plutôt roide. Dans la région sous-maxillaire on découvre des poils isolés qui sont intimement adhérents à la peau et y pénètrent en provoquant une pustule suppurée. Dans l'ensemble, on est frappé par l'obliquité générale des poils. Il existe de nombreux poils doubles et triples, c'est-à-dire qu'il y a deux ou trois poils qui ont pris naissance dans un même et seul follicule.

Pas de lésions des ongles.

Caractère familial.

Observation 3. — R. M..,, 22 ans, type nordique se plaint d'une éruption dans la région maxillaire, récidivant sans cesse, mais avec une intensité plus ou moins marquée.

A l'examen on voit que les tronçons pilaires sont en très grand nombre très adhérents à la peau ; mais quelques-uns seulement arrivent après un parcours en arc à pénétrer sous la peau. Il y a des pustules recouvertes d'une légère croûte, sous laquelle on trouve un poil fortement développé. On voit nettement le sillon imprimé dans l'épiderme par le poil, si on a soin de le soulever. On trouve des cicatrices, mais qui siègent aussi dans la région des joues, de sorte qu'il faut probablement les mettre en rapport avec d'autres lésions cutanées antérieures. Il y a quelques rares poils doubles, les ongles sont intacts.

Voici quelques observations publiées par Frédéric Schmidt :

Cas 1. — B. R..., 21 ans. Ouvrier de race sémitique.

Anamnèse : Antécédents sans importance. Le malade est admis en mars 1926, pour des nodules, papules et pustules, qu'il présente en grand nombre dans la région des joues et du cou. Les formations lui causent une douleur notable, et les sensations désagréables sont exaspérées par le rasoir. Cet état date de l'apparition des poils. Le barbier informa le patient, qu'il s'agissait de « poils qui poussaient dans la peau ». Jusqu'à ce jour aucune thérapeutique.

Etat actuel. — Le patient, de taille moyenne avec une chevelure noire et tout à fait raide, présente au niveau de la barbe un état qui à première vue ressemble à une folliculite récidivant sans cesse. On voit des nodules de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un rose pâle, isolés ou groupés, qui étaient suppurés dans leur centre autour d'un poil, mais sans être localisés autour du follicule. Dans la région sous-mentonnière et sous-maxillaire, il reste après le passage du rasoir, des poils qui adhèrent à la peau, et qu'il est souvent impossible de soulever avec la pince. Il y a pour ceci deux explications : une fois le poil jette une sorte de pont. Il sort du follicule et pénètre par sa pointe après un trajet dans la peau juxtaposée recourbé. Une autre fois, le poil, sans percer la couche cornée, chemine dans son épaisseur en restant visible par transparence.

Autour de ces poils se produisent ces inflammations. Les tronçons pilaires prennent souvent la direction des courants. Les poils arrachés à la pince dénotent une courbure surtout marquée au niveau de la pointe qui est particulièrement recourbée. Ceci expliquerait le mécanisme de la pénétration. Il y a de nombreux poils doubles, mais pas de lésions apparentes des dents et des ongles.

Cas 2. — A. M. A..., 25 ans. Egyptien.

Anamnèse : Les premiers poils du côté de la barbe apparaissent vers l'âge de 18 ans. Depuis que le malade a commencé à se raser, à l'âge de 22 ans, il souffre de brûlures et de démangeaisons au niveau de la barbe.

Etat actuel. — Homme à chevelure noire (crépue) du type des

nègres. Dans la région de la barbe les mêmes troubles dans la croissance des poils que dans le cas précédent .En plus les deux côtés de la joue et du cou sont pris d'une façon étendue. De la peau saine et des poils normaux ne se trouvent que sur un espace peu étendu qui est délimité par deux lignes qui vont du conduit auditif externe vers la pointe du menton. A côté, on remarque plusieurs cicatrices, petites et rouges du type hypertrophique. Très bien visibles sont ces tronçons pilaires, qui sont couverts d'une mince couche de tissu corné, et donnent l'impression de poils qu'on verrait à travers un verre dépoli.

Cas 3. — D. B..., étudiant de 19 ans, de race sémitique.

Anamnèse : Mêmes modifications inflammatoires et mêmes douleurs au niveau de la barbe depuis que le malade se rase. A cause de cela le malade ne se rase qu'une fois par semaine.

Etat actuel. — Patient, petit et trapu, de chevelure noire fortement ondulée. Les poils sont adhérents à la peau au niveau des nodules, certains sont recouverts d'une couche cornée mince, d'autres pénètrent dans la peau et forment des ponts. Les poils se dirigent vers l'angle maxillaire au niveau des joues ; dans la région sous-maxillaire ils longent le bord du maxillaire inférieur et ont une direction sagittale dans la région sous-mentonnière. Pas de poils doubles, ni anomalies des ongles.

Description clinique. — De ces observations il se dégage qu'on est en présence d'une maladie de la barbe, pour autant que la barbe reste la seule région du corps subissant l'action du rasoir. Cette maladie siège dans la région sous-maxillaire ; rarement elle existe aussi au dessus du bord du maxillaire supérieur, au niveau des joues. Les inflammations sont si bien centrées par un poil, qu'à la première impression on se croit en présence d'une folliculite. Or, lorsqu'on saisit un des poils malades à l'aide d'une pince, on se rend facilement compte que le processus inflammatoire n'est pas groupé autour du point d'éclosion du poil. Bien au contraire, la racine semblait toujours être intacte dans les poils que nous avons arrachés. On constate cela très facilement dans une première catégorie de poils qui percent régulièrement l'épiderme et qui continuent à pousser le long de la peau jusqu'à ce que leur pointe se recourbe et plonge de nouveau dans l'épiderme. Il n'est même possible de prévoir exactement quel est l'endroit de sortie et de pénétration, que lorsqu'on soulève le poil avec la pince. Finalement on parvient à retirer la pointe du sein de l'inflammation produite.

Une autre catégorie de ces poils qui prennent une direction

atypique n'arrivent même pas à cheminer librement. Ils sont recouverts d'une couche cornée à travers laquelle on les voit par transparence, avant qu'ils pénètrent plus profondément. Certains poils se retournent tellement loin de la surface qu'on ne les aperçoit même pas et leur présence ne se signale pour ceux qui sont avertis, que par le nodule. Entre ces formes bien caractérisées, il y a tous les intermédiaires. Le fait de se raser modifie constamment l'évolution des lésions, c'est-à-dire qu'il y a des poils arrivés à pousser plus ou moins loin dans l'épiderme. D'autre part, la pénétration se fait suivant la vigueur du poil. Les poils rencontrés au sein des nodules sont toujours d'une vigueur particulière. Les phénomènes inflammatoires doivent être considérés comme secondaires ; nous sommes en présence d'une réaction de l'organisme à la pénétration d'un corps étranger. Nous avons d'abord une rougeur, puis une pustule suppurée lorsque les microbes, qui vivent toujours sur la peau, s'y superposent. Par ce processus, l'organisme arrive dans un grand nombre de cas à se défaire de ce corps étranger et à le repousser en dehors. Il se forme une croûte sous laquelle se régénère l'épiderme. Lorsque celle-ci tombe, on voit le poil dessous, ayant sa pointe libérée, phénomène analogue à la cicatrisation qui se produit sous une croûte. Ce processus ne laisse ordinairement pas de cicatrices atteignant les couches profondes. Si nous avons des cicatrices, comme cela s'est produit dans le deuxième cas de Fr. Schmidt, nous nous trouvons en présence d'un sujet faisant des cicatrices chéloïdiennes, et cela à tout propos.

L'examen histologique d'un fragment de la peau a été fait par Fr. Schmidt.

Il a trouvé les modifications d'une peau sénile : une infiltration légère de lymphocytes autour des vaisseaux élargis. La croissance des poils se trouve confirmée histologiquement ; on voit une forme en arc très prononcée ; une obliquité du follicule à la sortie duquel le poil subit une coudure. Dans la couche cornée on voit une partie d'un poil, de forme triangulaire, dont la pointe est dirigée vers l'épiderme. C'est un de ces poils qui pénètrent du dehors dans l'épiderme.

Etiologie. — La maladie se rencontre chez des sujets jeunes qui commencent à se raser. Il suffira que l'attention y soit attirée, et lorsqu'on recherche cette maladie systématiquement, on la découvre à des degrés plus ou moins avancés assez fréquemment.

En tout cas l'affection n'est pas tellement rare qu'on puisse expliquer par là l'ignorance où s'en trouvent la plupart des médecins et des dermatologistes. On la trouve dans toutes les races, orientales et nordiques. L'état de la chevelure, qu'elle soit raide ou crépue, n'a rien à voir dans la question. Ce qui nous a paru le plus intéressant dans cette affection, est le caractère héréditaire et familial que nous avons relevé dans deux de nos cas. Les deux frères du sujet de notre première observation présentaient absolument le même tableau clinique. Le père lui-même semblait déjà avoir été atteint de la même maladie et très jeune ; pour y parer, il se laissa pousser la barbe.

Pathogénie. — Nous avons vu qu'à l'origine du tableau clinique qui s'est présenté à nous, se trouve une croissance atypique du poil.

Hoffmann et Hochstetter, cités par Fr. Schmidt, expliquent mécaniquement le phénomène de l'incarnation par le frottement et l'irritation que produit la pression du col au niveau du cou. C'est là un facteur qui intervient certainement pour aggraver l'irritation, comme nous l'avons observé dans le port de cols durs, amidonnés, mais il n'explique pas la raison profonde. Il suffit de rappeler que la localisation se fait en des endroits, au niveau de la joue notamment, où la pression ne peut intervenir. D'autre part, le caractère familial de la maladie montre qu'il nous faut chercher des raisons plus profondes chez les sujets intéressés. Nous avons remarqué cette obliquité exagérée, qui porte sur tous les poils sans exception. C'est là une ressemblance avec ce qu'on trouve chez l'embryon, où les poils ne percent pas directement l'épiderme, mais subissent une coudure au niveau de la sortie du follicule et cheminent à l'intérieur de la couche cornée sur un certain parcours.

Un rapide coup d'œil sur la croissance normale des poils va nous permettre de mieux nous rendre compte de cet état pathologique.

La nomenclature de la disposition des poils a été fixée par Eschricht, 1837. Depuis on donne le nom de « courants » à l'ensemble de ces lignes courbes que suivent les poils. Un tourbillon est le point central suivant lequel rayonnent les courants. La rencontre de deux courants se fait le long d'une ligne, la ligne nodale. Lorsque quatre tourbillons se rencontrent, on est en présence d'une « croix ». Différentes théories ont été invoquées

pour expliquer ces dispositions. Osiander, 1816, cité par Eschricht pense que la direction des poils concorde sensiblement avec celle des artères sous-jacentes ; en plus il fait intervenir suivant une tendance, qui était en vogue à cette époque en physiologie, des effets électriques. Voigt incrimine la vitesse de croissance de l'embryon. Ces théories ne trouvent pas l'approbation des auteurs.

Les recherches récentes portent plutôt sur les facteurs qui modifient la direction du follicule pilo-sébacé, car il est démontré que l'orientation du poil dépend de l'orientation du follicule. Facteurs mécaniques suivant Kidd. La direction du follicule est la résultante de la pression extérieure, de la contraction des muscles et du tissu sous-cutané. En plus, intervient la pesanteur. Nous avons déjà été frappé par l'irrégularité des courants et du désordre qui règne dans la région sous-maxillaire. Danforth montre aussi que cette région est un carrefour d'où il résulte déjà une irrégularité anatomique. Récemment Bolk a démontré que la cause de désordre au niveau du cuir chevelu ne s'explique pas par des influences externes, mais par un mécanisme intime de la croissance du cuir chevelu. Il suppose que la raison de cette diversité des courants est le mélange de races, et que dans des races pures on trouverait une configuration plus régulière. Il serait facile de se servir de nos observations pour appuyer cette théorie de Bolk, et d'expliquer cette diversité des courants par le mélange des races. En effet, dans aucun de nos cas, nous nous trouvons en présence de types purs de race. On pourrait y opposer la rareté relative de la maladie, même dans les pays où la population est très mélangée. Il nous semble plutôt que nous sommes en présence d'un tableau se rapprochant de l'état fœtal, ayant une origine anatomique, mais qu'il nous semble hasardeux de vouloir préciser exactement.

Traitement. — Le porteur de cette maladie est le plus souvent incommodé par cet état chronique, et les douleurs produites, mais les malades finissent par se résigner, lorsque tous les traitements de folliculite ont échoués. D'autres patients trouvent souvent d'eux-mêmes la thérapeutique la meilleure, qui consiste à corriger la direction du poil et de le faire sortir avec la pince de la peau où il réside. Il suffit de recommander une propreté et une désinfection régulière de la région avec de l'alcool. Dans des cas rebelles, il n'y a que la ressource de laisser pousser la barbe.

L'épilation avec les rayons X a été proposée par Fr. Schmidt, mais nous ne savons si elle a déjà été appliquée.

BIBLIOGRAPHIE

Fr. Schmidt (Chicago). — Ueber eingewachsene Barthaare (*Pili incarnati*). *Dermatologische Zeitschrift*, 1926, t. XLVII, H. 5/6, p 273.
Eschricht. — *Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1837, p. 37-26.
Bolk. — *Journal of Anatomy*, avril 1924.

SUR UN CAS DE CONTAMINATION LÉPREUSE EN FRANCE PAR LÈPRE IMPORTÉE

Par le docteur P. GIACARDY (de Tarbes).

Observation

Madame B..., nous a été adressée en consultation le 8 décembre 1927 pour une éruption faciale de nature indéterminée. Agée de 27 ans, mariée en 1922, mère d'un enfant de cinq ans, elle habite actuellement en Hautes-Pyrénées avec son mari qui est carrossier.

Nous décrirons tout d'abord l'état actuel de la malade nous réservant de relater ensuite son histoire qui est l'élément capital de cette communication.

Dès le premier abord nous avons été frappés par l'aspect flétri. vieilli, vermoulu du visage de cette jeune femme, son teint bronzé, terreux, marbré de bistre, tous caractères que les photographies ci-jointes ne peuvent rendre. Les sourcils et les cils ont complètement disparu alors que la chevelure est indemne. A la queue du sourcil droit siège un gros léprome du volume d'une cerise. A l'exception du front les téguments de la face sont bourrés et bosselés par des infiltrats globuleux à la fois dermiques et hypodermiques, de consistance rénitente, du volume d'un grain de plomb à celui d'un gros pois. Leur surface est rouge jaunâtre, l'épiderme y paraît aminci, brillant. Les ailes du nez sont épaissies et résistantes. Le maximum des lésions porte sur le centre de la face, la partie postérieure des joues étant relativement peu atteinte. Les oreilles sont typiquement lépreuses ; les pavillons presque doublés de volume sont bosselés, élargis, empâtés, d'une teinte rouge violacée et d'une consistance mollasse.

Au niveau de la poitrine on note sur un fond terreux quelques marbrures achromiques mal limitées, sans troubles de la sensibilité. Le reste du tronc est indemne. Les membres supérieurs sont parsemés de macules brunâtres mal limitées et correspondant à des infiltrats dermiques diffus en plaques pâteuses. Rares au niveau des bras, ces éléments se groupent au niveau des avant-bras et surtout des coudes où ils gênent la palpation des nerfs cubitaux. Les mains sont flétries, ridées, d'un brun violacé, sans troubles trophiques. Les jambes sont

engaînées jusqu'au genou dans une infiltration diffuse, cartonnée de consistance sclérodermique et de couleur brunâtre amincissant le bas du mollet. Les pieds et les orteils sont également cyanotiques sans mutilation.

L'examen détaillé de la sensibilité superficielle tant au niveau des lépromes que de la peau saine ne met en évidence aucun trouble soit au tact, soit à la piqûre, soit à la chaleur.

Les réflexes tendineux sont normaux. La motricité est intacte. Les nerfs cubitaux cachés par des lépromes en nappe ne peuvent être pal-



Fig. 1.

pés mais le cordon du sciatique poplité externe aisément perçu derrière la tête du péroné ne présente aucune augmentation de volume.

Les organes des sens sont indemnes à l'exception des fosses nasales, que notre confrère le docteur Bruzand Grille a bien voulu examiner. Les orifices narinaires atrésiés et cartonnés admettent difficilement le speculum qui montre de chaque côté le vestibule nasal occupé par des nodosités lépreuses ainsi que la tête des cornets inférieurs et l'extrémité antérieure de la cloison. Malgré un badigeonnage cocaïno adré-

naliné la rétraction ne se fait pas et il est impossible d'explorer la partie reculée des fosses nasales. Il n'y a pas d'écoulement purulent ni de croûtes.

L'examen du squelette et des divers viscères est entièrement négatif.

En présence d'une séméiologie aussi riche le diagnostic clinique de lèpre tubéreuse s'imposait. Les examens de laboratoire que fit pratiquer notre Maître M. le professeur Dubreuilh l'ont amplement confirmé.



Fig. 2.

Le mucus nasal fourmille de globi. D'autre part une biopsie prélevée au niveau d'un léprome du poignet droit est littéralement farcie de bacilles de Hansen.

Nous ajouterons que le mari et l'enfant sont cliniquement indemnes et que l'examen bactériologique de leur mucus nasal est resté négatif à plusieurs reprises.

Dès nos premiers examens nous cherchâmes l'origine de ce cas de lèpre, qui paraissait *a priori* un peu mystérieuse puisque la malade

n'avait jamais quitté la France, pas plus d'ailleurs que son mari, et disait n'avoir approché aucun étranger, aucun colonial suspect.

Elle est née à Cozes (Charente-Inférieure) en 1900 et y a vécu jusqu'à l'âge de 17 ans, puis a habité les environs de Bordeaux; enfin depuis son mariage en 1922 elle habite les Hautes-Pyrénées avec son mari.

Cependant au cours de conversations ultérieures nous apprîmes qu'elle avait été en 1916 et 1917 domestique chez une dame L... de Cozes qui avait longtemps habité Saint-Laurent du Maroni avec son mari, fonctionnaire colonial. Cette dame avait *la figure tachée* et mourut à l'hôpital de Rochefort en 1918.

Nous avons eu la bonne fortune de nous adresser au docteur Delaunay de Cozes qui se souvint parfaitement avoir soigné Madame L... en 1917 et l'avoir adressée à l'hôpital de Rochefort pour étayer le diagnostic de lèpre qu'il présumait. D'autre part le docteur Jacques, médecin chef de l'hôpital de Rochefort a bien voulu nous confirmer de façon formelle que le décès de Madame L... en 1918 était bien dû à la lèpre.

* * *

Dès lors la filiation de notre cas de lèpre est indiscutablement établie et les faits se présentent ici avec la rigueur scientifique et la précision chronologique d'une inoculation expérimentale heureuse. La contagion s'effectua au cours des années 1916-1917.

Les premières manifestations cutanées apparurent en 1924 soit après huit années d'incubation ce qui correspond d'ailleurs entièrement aux données classiques.

Un fait intéressant est à retenir. Notre malade est atteinte d'une forme tubéreuse, contrairement à ce qui est habituel dans les lèpres autochtones où l'on voit presque uniquement des formes nerveuses. La lèpre tubéreuse prédomine en général dans les régions où la maladie est fréquente et en voie d'accroissement.

Mais l'intérêt majeur de cette observation réside dans les conditions mêmes de la contagion. On sait combien la transmission de la lèpre est exceptionnelle en dehors des foyers d'endémie. Pour notre part nous ne connaissons que les cas classiques de Beuson en Irlande, de Veyrières en France, d'Atkinson en Amérique. Nous n'avons pu faire les recherches bibliographiques complètes et nous nous excusons de méconnaître les autres cas qui auraient été publiés.

Certes la contagiosité de la lèpre est un fait acquis. Cependant cette contagiosité obéit à des conditions encore mystérieuses puisque étant possible elle demeure si rare en dehors des foyers d'endémie. L'hypothèse d'un hôte intermédiaire absent dans les

pays non lépreux, outre qu'elle ne repose sur aucune base d'expérimentation ne saurait guère être invoquée ici. On conçoit mal qu'un hôte intermédiaire aie limité son action à une seule personne alors que l'on sait la large et rapide diffusion épidémique des maladies que transmettent, par exemple, les moustiques et poux, soit paludisme, fièvre jaune, typhus, pour n'en citer que trois.

Parler ici de réceptivité particulière du terrain n'est que dissimuler élégamment notre ignorance. Nous devons avouer que pour l'heure la question de la transmission de la lèpre est lourde d'inconnu.

Quoi qu'il en soit le fait brutal est là qui se rappelle à nous, La transmission de la lèpre en France, si rare qu'elle soit est une réalité tangible. Or le nombre des lépreux importés est chaque jour plus grand tant en raison de l'immigration, que de l'incorporation des contingents coloniaux. En 1923, nous avons eu cinq Sénégalais lépreux dans notre centre de Dermatologie de la 18e Région. Il n'est pas d'hôpital de grand centre qui ne possède ses lépreux et la maladie n'est pas exceptionnelle dans la clientèle privée des dermatologistes.

Si nous ajoutons enfin tous les cas qui échappent fatalement aux médecins, car la lèpre en est mal connue, on doit admettre qu'elle n'est plus en France, une « curiosité de musée » mais une maladie dont le bilan réel est plus chargé qu'on ne semble le croire.

N'est-ce point là une menace dont nous devons tenir compte pour éviter le retour toujours possible de l'endémie lépreuse? Les mesures de prophylaxie individuelle autour des lépreux, sont *pratiquement* irréalisables, dans le milieu familial. Ne serait-il pas sage de regarder le péril en face et de grouper en un hôpital spécialisé, qui serait en même temps un centre de dépistage et d'études, les nombreux lépreux qui sont actuellement disséminés dans le territoire?

Le cas actuel soulève des questions très importantes, notamment celles des enfants. Elle a un garçon de 5 ans. Que faut-il en faire? Faut-il le séparer de sa mère complètement et définitivement, et, en est-il encore temps?

De plus, elle est enceinte et la même question va se poser pour l'enfant à naître.

Voilà donc un foyer de lèpre virulente en formation.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1928.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Un cas de réinfection syphilitique après traitement bismuthique exclusif commencé en période secondaire, par S. Nicolau et Blumenthal. *Annales des Maladies Vénériennes*, 23e année, n° 3, mars 1928.

Les cas de réinfection après traitement bismuthique exclusif sont très rares (3 observations). Les auteurs apportent une observation d'un malade qui traité à la période secondaire par l'oxyiodogallate de bismuth présenta après une période de silence clinique et sérologique de six années une nouvelle infection, se manifestant par deux syphilomes (à siège différent de ceux de la première infection) accompagnés d'adénopathie satellite, à sérologie négative au début et suivis dans les délais habituels d'une éruption de syphilides lichénoïdes. Cette observation s'ajoute à celles déjà publiées pour montrer que le bismuth est capable à lui seul d'assurer la guérison de la syphilis. Si les observations de tels cas ne sont pas plus nombreuses, c'est que rarement il est employé seul et que, pour assurer la plus grande rapidité d'action, les médecins lui associent au début la médication arsenicale.

H. Rabeau.

Traitement local du chancre mou en clientèle de ville, par Barthelemy. *Annales des Maladies Vénériennes*, 23e année, n° 3, mars 1928, p. 168.

Quelques conseils utiles pour le traitement du chancre mou, car comme le dit B., il y a des médecins et des malades qui répugnent aux injections intraveineuses de vaccin. Après avoir utilisé le liquide de Bonain type, qui outre son pouvoir analgésique, est caustique en applications répétées, B. en a modifié la formule suivant les cas.

En moyenne on réduira, dit-il, la cocaïne à moitié de la dose ; la préparation reste efficace contre la douleur et son activité antiseptique reste entière. 5 à 6 applications faites par le médecin, chaque jour ou tous les 2 jours, suffisent à transformer une chancrelle sanieuse en une plaie de bonne nature, qui s'épidermisera en quelques jours.

S'il s'agit de chancres mous très virulents à tendance perforatrice, à décollements étendus, on réduira l'acide phénique ; menthol 5, acide phénique et cocaïne ââ 2,50. L'activité antiseptique reste suffisante et on n'a plus à craindre la causticité.

Ce procédé a deux grands avantages : suppression de la douleur, suppression de l'odeur rédhibitoire de l'iodoforme.

Pour le bubon, l'inciser, le vider, injecter de l'éther iodoformé à 5 o/o. Ce procédé appliqué tôt ne donne guère d'échecs.

H. Rabeau.

D'une forme intéressante de l'orchi-épididymite syphilitique, par J. E. Marcel. *Annales des Maladies Vénériennes,* 23e année, n° 3, mai 1928, p. 173.

M. cite le cas de 2 malades chez lesquels en présence d'une lésion cutanée douteuse le diagnostic de syphilis put être porté grâce à l'examen du testicule qui révéla une orchi-épididymite syphilitique typique ignorée du patient. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Fièvre syphilitique secondaire prolongée, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, n° 3, mars 1928, pp. 132-133, 1 tableau.

Observation d'un cas où la température persista pendant 4 semaines au-dessus de 38°. A. Bocage.

Prurigo circiné et rubané, par Gougerot et Merklen. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, n° 3, mars 1928, pp. 134-136.

Les auteurs décrivent avec une observation à l'appui cette nouvelle forme caractérisée par l'extension périphérique centrifuge de papules de prurigo, dont le centre s'affaisse : il en résulte des éléments circinés de 30 à 40 millimètres de diamètre, s'affaissant du 15e au 30e jour et laissant une pigmentation discoïde. A. Bocage.

Piqueté purpurique cervico-thoracique des crises comitiales, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, n° 3, mars 1928, pp. 137-138.

Il s'agit de fines pétéchies de la base du cou et de la partie supérieure du thorax et des membres supérieurs apparaissant à la fin de la crise d'épilepsie et restant visible quelques jours.

Il y a là un élément de diagnostic différentiel entre l'épilepsie et le pithiatisme. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Les purpuras gonococciques, par P. Chevallier et J. Bourgeois. *Bulletin médical,* 42e année, n° 18, 25 avril 1928, p. 479.

Le rôle de l'infection est chaque jour plus grand dans l'étiologie des purpuras dits primitifs. Les manifestations cutanées des septicémies gonococciques ont une tendance marquée à devenir purpuriques.

L'origine gonococcique d'un purpura est habituellement reconnue lorsqu'il survient au cours ou au déclin d'une blennorrhagie. Mais il peut apparaître très tardivement et il faut penser à cette étiologie. Les auteurs, dans cette revue générale, étudient les formes aiguës septicémiques d'évolution favorable, les formes avec métastases viscérales dont le pronostic est beaucoup plus redoutable, les purpuras chroniques dont la gravité est liée à l'état hémorragique. Ils montrent les difficultés de diagnostic clinique et bactériologique, et les bons résultats du traitement par le sérum antigonococcique. H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Maladie de Friedreich avec main-bote. Hérédo-syphilis, par H. Roger, Siméon et Mlle Coulange. *Gazette des Hôpitaux*, 101e année, n° 28, 4 avril 1928, pp. 501-504.

Observation détaillée d'un enfant de 14 ans présentant une maladie de Friedreich bien caractérisée à laquelle s'ajoutent des troubles labyrinthiques d'un type particulier, de la débilité mentale, une main-bote, surtout à droite, des atrophies musculaires, des paralysies oculaires.

Il semble que le début remonte à une méningo-encéphalite aiguë à l'âge de 9 ans, rattachable à l'influence d'une hérédo-syphilis.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Traitement de la blennorrhagie chronique par la dilatation gazeuse, méthode de Maisler, par Bizard et Maisler. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 16, 19 avril 1928, p. 313.

Les auteurs montrent la facilité de cette méthode et donnent le mode opératoire. Ils l'ont appliquée au traitement d'un assez grand nombre d'urétrites chroniques avec des résultats satisfaisants et rapides (durée moyenne du traitement : 15 jours). Ils l'essaient actuellement dans le traitement de l'urétrite aiguë. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Recherches expérimentales sur l'immunisation locale antigonococcique, par Bertarelli. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLII, 1928, avril, n° 4, p. 452.

Les difficultés de culture du gonocoque sur milieu liquide (en dehors des bouillons ascite) rendent délicate l'application au gonocoque de la méthode des antivirus de Besredka : on a essayé la vaccination intradermique, on a tenté chez la femme l'emploi d'ovules préparés à l'aide de milieux solides sur lesquels on avait cultivé le gonocoque. Mais la méthode ne prêtait pas aux applications à l'urètre masculin. On a aussi utilisé des vaccins antigonococciques saccharosés, que l'on portait dans l'urètre masculin ou le canal cervical.

B. a trouvé dans le milieu Lebœuf (bouillon au foie) un bon milieu liquide facile à filtrer. Dans les filtrats ainsi préparés il fut effectivement possible de démontrer l'existence d'un antivirus gonococcique. L'adjonction de saccharose rend adhérent le matériel vaccinant.

L'auteur n'a pas encore traité assez de cas pour parler des résultats cliniques. Cette note a pour but de montrer qu'il est possible d'obtenir des « antivirus gonococciques » et qu'il y a ainsi un matériel bien adapté au traitement local de la gonorrhée. H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Un cas d'onychomycose produite par le Sporotrichum Beurmanni, par A. et R. Sartory et J. Meyer. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 3e série t. XCIX, 92e année, n° 13, 23 mars 1928, pp. 386-388.

Observation comportant la description détaillée du parasite isolé dans des lésions du pouce et de l'index. A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Septicémie gonococcique mortelle. Arthropathie blennorrhagique guérie par les sels d'argent et la protéinothérapie, par Pauchet et Laporte. *Bulletins et mémoires de la Société de Médecine de Paris,* n° 6, 17 avril 1928, p. .

Observation d'un malade atteint d'arthrite des os du pied qui malgré des injections de vaccin fait une septicémie gonococcique et meurt d'endocardite. Parallèlement observation d'un autre malade présentant une monoarthrite avec grosse réaction péri-articulaire, traitée par les injections sous-cutanées de lactoprotéide, et intra-musculaire d'agent cyto-tropique (méthode de Tansard) avec guérison rapide.

La chimiothérapie associée à la protéinothérapie leur semble donner de meilleurs résultats que la vaccinothérapie, ou les injections intraveineuses de gonacrine, quelque réserve que l'on doive faire sur l'évolution d'une gonococcie. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Deux cas d'albuminurie et d'hématurie consécutives à des injections de vaccin antichancrelleux. Traitement du bubon chancrelleux par l'injection intraganglionnaire d'eau peptonée, par Sézary et R. Worms. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux,* 3e série, 44e année, n° 13, 26 avril 1928, p. 624.

1re observation. Garçon de 15 ans porteur de chancre mou ; aucun signe d'altération rénale. Une première injection intraveineuse de Dmelcos provoque une réaction violente, suivie d'une albuminurie légère. 15 jours plus tard une nouvelle injection détermine une hématurie franche, et les dosages d'urée sanguine montrent que le rein a été sérieusement quoique passagèrement lésé.

2e observation. Un syphilitique récent traité par l'arsénobismuth, se présente avec un chancre mou et un volumineux bubon suppuré. Il y a de l'albumine dans l'urine. Une injection de Dmelcos provoque une hématurie vraie abondante.

Ces deux observations montrent que l'on doit examiner les urines des malades avant chaque injection, et se priver de cette excellente méthode de traitement s'il y a albuminurie.

Les auteurs signalent qu'ils ont obtenu d'excellents résultats dans le traitement du bubon chancrelleux par la ponction du bubon suivie

d'injection intra-ganglionnaire d'eau physiologique peptonée à 2 0/0. L'emploi d'une pommade à la peptone à 20 0/0 semble avoir un effet rapide sur la cicatrisation des chancres mous. H. RABEAU.

Lyon Médical.

La classification botanique des champignons des teignes, par J. GUIART et L. GRIGORAKIS. *Lyon médical*, 60e année, t. CXLI, 1er avril 1928, p. 369.

Les auteurs font une étude critique des travaux faits ces dernières années sur la classification des Dermatophytes et notamment sur celles de Langeron et Ota et de M. le Professeur Vuillemin.

Ils admettent pour la classification des dermatophytes les idées exposées dans des travaux antérieurs par Grigorakis avec quelques modifications. Ils distinguent ainsi les genres suivants :

1° Le genre *Microsporum* qui comprend toutes les espèces dont les cultures-mères présentent des fuseaux ; ils divisent ce genre en deux sous-genres *Closterosporia* qui comprend toutes les espèces qui ont un très grand nombre de fuseaux et des cultures d'un aspect poudreux (M. lanosum) et le sous-genre *Closteroaleurosporia* dont les espèces présentent des cultures mères très peu poudreuses devenant rapidement duveteuses et dont les caractères botaniques sont un petit nombre de fuseaux et de Chlamydospores dites aleuries (M. Andonini).

2° Le genre *Trichophyton* est subdivisé en deux sous-genres *Chlamydoaleurosporia* dont les cultures sont duveteuses et présentent comme corps reproducteurs de grosses Chlamydospores et de petites Chlamydospores dites aleuries et le sous-genre *Aleurosporia* qui comprend toutes les espèces à culture duveteuse avec des corps reproducteurs ayant les caractères de petites Chlamydospores.

3° Le genre *Achorion* dans lequel les auteurs font rentrer toutes les espèces à cultures glabres et humides et qui se reproduisent par arthrospores ; ils distinguent pour ce genre trois sous-genres : *Bodinia*, *Grubyella* et *Endodermophyton* suivant la division faite par Langeron et Ota mais avec un certain déplacement d'espèces.

Au point de vue du classement général des Dermatophytes ils les placent parmi les *Arthrosporées* dans la tribu des *aleurismées* étant d'accord sur ce point avec les idées de M. le Professeur Vuillemin.

JEAN LACASSAGNE.

Diplégie faciale survenue au cours d'un traitement novarsénobenzolique un mois après l'apparition d'un chancre syphilitique de la région génitale, par BÉRIEL et GATÉ. *Lyon médical*, 60e année, t. CXLI, 22 avril 1928, p. 465.

Il s'agit d'un homme porteur d'un chancre syphilitique du fourreau (tréponèmes constatés). A la 4e injection de novarsénobenzol (0 gr. 75), ictère, puis quelques jours après, radiculites fugaces et diplégie faciale à type périphérique.

On fait 12 injections de cyanure de mercure et 12 de quinobismuth. Guérison rapide.

A propos de cette observation les auteurs insistent sur la rareté des diplégies faciales syphilitiques et rapprochent le cas qu'ils ont observé de celui rapporté le 10 novembre 1927 à la Société française de Dermatologie par Hudelo et Barré. Contrairement à ce dernier cas, leur malade avait un chancre non céphalique, mais génital. Les auteurs font, des accidents observés, un fait très net d'hépato et de neurorécidive. Ils conseillent, dans des cas semblables où l'on ne peut faire le départ entre l'origine toxique et la nature infectieuse des manifestations constatées, de continuer le traitement antisyphilitique, mais en s'adressant au bismuth ou au mercure ou mieux encore à ces deux médicaments associés. JEAN LACASSAGNE.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la teneur en sucre du sang dans quelques dermatoses (Über das Verhalten des Blutzuckers bei einigen Hauterkrankungen, par S. NEMMARK et L. TSCHATSCHKOWSKA. *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, t. LXXXVI, no 14, 7 avril, p. 459.

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur ce sujet, les auteurs donnent le résumé des résultats obtenus dans 200 cas de dermatoses variées (psoriasis, eczéma, ulcères de jambe, vitiligo, neurodermites, etc. etc.). Dans un certain nombre de cas extrêmement variés, ils ont constaté un faible degré d'hyperglycémie sans glycosurie, qui s'améliorait du reste en même temps que la maladie. Souvent aussi, cette hyperglycémie faisait défaut. D'expériences touchant l'action du système nerveux végétatif (méthode de Daniélopolu, atropine) ils concluent qu'il existe une relation entre cette teneur en sucre du sang et le fonctionnement du sympathique, et il est probable que les glandes à sécrétion interne exercent une influence sur la régulation du sang en sucre. CH. AUDRY.

Mort par méningite spinale après ponction lombaire (Todesfall an Meningitis spinalis nach Lombalpunktion), par F. HAMMER. *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, t. LXXXVI, , no 14, 7 avril, p. 467.

Un tailleur de 44 ans a contracté la syphilis en 1908. Il a eu une perforation de la cloison nasale. Il est atteint de psoriasis vulgaire R.-W. +. Système nerveux normal, apyrexie la veille de la ponction lombaire qui est faite le 9 septembre 1925 et montre un liquide céphalo-rachidien normal ; le soir, température 36°8. Le lendemain, + 38°6. On commence une cure de néosalvarsan intraveineux et de frictions mercurielles. Le 16, explosion de stomatite mercurielle, le 29 novembre, violentes douleurs de reins en forme de lumbago. Le malade mourut le 14 octobre, après avoir présenté des accidents septicémiques variées (fièvre, etc.), à l'autopsie, méningite suppurée à staphylocoques, étendue jusqu'à la 4e vertèbre dorsale, pleurite, infarctus pulmonaire, etc. Le système nerveux était normal.

H. pense que dans ce cas, la ponction lombaire n'était pas indiquée. Il admet que les faits de ce genre sont plus nombreux que ne l'indique le travail de Eicke qui avait réuni 19 cas en 1925. Il pense que dans

son observation, la stomatite a joué un rôle de porte d'entrée à l'agent septique (chez le chat, on a pu provoquer des méningites spinales en injectant des cultures de bacilles dans les veines, avant la ponction lombaire). Il faut être plus prudent dans l'emploi de la ponction lombaire. Ch. Audry.

Les insectes peuvent-ils propager la lèpre (Sind Insekteon als Lepra verbreiter zu betrachten), par L. Nannovsgolubova. *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, t. LXXXVI, n° 15, 14 avril, p. 457.

Intéressante revue à lire dans l'original. Il en résulte que la plupart des auteurs ne croient pas à ce rôle des insectes. Cependant, les punaises sont très suspectes, car elles peuvent contenir des bacilles acido-résistants après avoir piqué des lépromes, et on a trouvé ces mêmes bacilles au point où elles avaient piqué des cobayes. Mais il faudra d'autres expériences pour déterminer si l'intervention d'autres microbes en symbiose n'est pas nécessaire. Ch. Audry.

Alopécie de Brocq familiale (Familiäres Auftreten der Alopecia Brocq), par Tumners et Rosenberg *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, t. LXXXVI, n° 15, 14 avril, p. 502 (5 figures).

On a déjà signalé l'hérédité dans la pseudo-pelade de Brocq, les auteurs y joignent les observations et photographies d'un père et de ses 4 fils qui présentent tous une pseudo-pelade caractérisée ; chez le père, âgé de 87 ans, la maladie évolue depuis 50 ans.

Ch. Audry.

Réactions de Wassermann et de Meinicke après la malariathérapie chez des malades non syphilitiques (Wassermann-und-Meinicke-Reaktion nach Impfmalaria bei luesfreien Patienten), par G. Hopf. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 15, avril 1928, p. 504.

Sur des blennorragiques, indemnes de syphilis et traités par la malariathérapie, la réaction de Wassermann devient positive. en général, entre le 4e et le 5e accès, et reste positive chez tous les malades pendant toute la cure (10-15 accès) et pendant la première semaine qui la suit. Dès la deuxième semaine, la réaction de Wassermann perd de plus en plus de son intensité ; à la cinquième semaine, elle redevient négative.

La D. M. R., immédiatement après la cure, s'est montrée positive 41 fois sur 100 malades ; au bout de 5 jours, elle est redevenue négative.

L. Chatellier.

Une Schizosaccharomycide (Schizosaccharomykid. Beitrag zur ätiologie und Pathogenese der Pityriasis rosea Gibert), par T. Benedek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 16, avril 1928, d. 536.

Sur 15 cas de Pityriasis rosé (6 hommes et 9 femmes, de 8 à 50 ans), B. a constamment trouvé une mycose du cuir chevelu, provoquée par le *Schizosaccharomyces hominis*. L'exanthème ne contient pas de parasites, mais représente une réaction allergique, comme le prouvent la déviation du complément, l'agglutination et l'injection intradermi-

que de l'allergène mycosique homologue. B. a trouvé le parasite dans le sang circulant. Il propose en conséquence le nom de Schizosaccharomycide pour le Pityriasis rosé. L. CHATELLIER.

Fréquence de la blennorrhagie rectale chez la femme (Uber die Häufigkeit des Mastdarmtrippers bei Frauen), par L. SINGER. *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, t. LXXXVI, nº 15, 15 avril, p. 506.

Les chiffres donnés par les auteurs varient à l'infini, de 3 à 75 o/o. Chez l'enfant de 20 à 100 o/o. Singer (à Wurzbourg) trouve la blennorrhagie rectale chez 38 o/o Il recommande le procédé de Glinger : laver le rectum avec une sonde de Nélaton et recueillir l'eau. Les recherches de Singer portaient sur 171 femmes dont 4 présentaient des gonocoques dans le rectum seul. La recherche du gonocoque sur les produits de raclage donne des résultats un peu moins bons que le lavage. CH. AUDRY.

Sur le traitement de quelques dermatoses par l'insuline (Ueber Insulin behandlung einiger Hauterkrankungen), par S. NEUMARK. *Dermatologische Wochenschrift*, 1928, t. LXXXVI, nº 16, 21 avril, p. 525.

Après avoir résumé les publications antérieures (françaises principalement) N. donne les résultats de son expérience, ils ont été généralement bons contre l'ulcère de jambe, très inconstants dans le psoriasis. Dans les affections prurigineuses (eczéma, neurodermite, lichen plan, etc.) l'action sur le prurit est habituellement rapide, et l'on obtient assez souvent des améliorations plus ou moins prononcées. N. conclut que l'action de l'insuline est parfois très remarquable, mais que les indications n'en sont pas encore déterminées. D'une manière générale, l'action semble plus salutaire quand la maladie s'accompagne d'hyperglycémie, ou d'un léger degré d'acidose, ou d'une diminution de la réserve alcaline du sang. La question reste à étudier.

CH. AUDRY.

Sur l'emploi thérapeutique du gluconate de calcium en dermatologie (Uber die therapeutische Verwendung von glukonsaurem Kalzium in der Dermatologie), par C. L. KARRENBERG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 16, avril 1928, p. 540.

On connaît l'action sédative du calcium et de ses sels, mais leur administration par voie buccale ne saurait être prolongée, et ils sont d'un emploi difficile par injection à cause de leur toxicité locale. Un composé de calcium et d'acide gluconique s'est montré bien supérieur aux autres sels : bonne tolérance par voie buccale et par voie sous-cutanée intramusculaire ou intraveineuse. K. a constaté dans plusieurs cas de dermatite herpétiforme, de lichen plan, de dermite arsénobenzolique et d'eczéma, la sédation immédiate et prolongée du prurit, en même temps qu'une rapide amélioration des lésions cutanées. Le médicament a été, dans ces cas, employé par voie intraveineuse ou intramusculaire (10 à 40 cm^3) et *per os*. Ce dernier mode est à réserver aux affections chroniques. L. CHATELLIER.

Urticaire au froid chez deux sœurs (Kälte urtikaria bei zwei geschwistern), par W. JADASSOHN et F. SCHAAF. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 17, avril 1928, p. 365.

Chez deux sœurs, l'exposition à l'air froid provoque sur les parties découvertes une éruption urticarienne, qui disparaît au bout de 15 minutes, même si l'on prolonge l'action de l'air froid. J. et S. ont reproduit par l'air froid et l'eau à 1° la même éruption, strictement limitée aux territoires refroidis ; elle dure 50 minutes même en prolongeant le refroidissement. Pas d'hémoglobine dans les urines ; l'injection intradermique du sérum de la malade à un sujet sain ne donne à ce dernier aucune sensibilité au froid ; aucune modification dans le nombre des leucocytes et la tension artérielle avant ou après le refroidissement ; pas d'éosinophilie locale. L. CHATELLIER.

Recherches sur la coagulation sanguine dans les dermatoses (Untersuchungen der Blutgerinnung bei Hautkrankheiten), par K. Rejtö. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 17, avril 1928, p. 567.

Par la méthode de Frisch et Stahrlinger, R. étudie le temps de coagulation dans certaines dermatoses. Normalement ce temps est de 37 minutes.

Dans 10 eczémas aigus : 37-42 minutes ; dans 18 eczémas chroniques : 40-55 minutes ; dans 11 dermites artificielles : 41-62 minutes ; dans 2 pemphigus vulgaires : 28-32 minutes. Pour l'eczéma aigu, le temps de coagulation revient à la normale lors de ou après la guérison. Sur les 18 eczémas chroniques, le retour à la normale ne se fait pas ou se fait très tard, malgré l'amélioration locale ; 10 d'entre eux, avaient des troubles sérieux de l'appareil gastro-intestinal. Dans les dermites artificielles, marche parallèle des lésions et du temps de coagulation.

L. CHATELLIER.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Les sécrétions gastriques et les facteurs digestifs dans la rosacée, par EASTWOOD. *The British Journ. of Dermatol. and Syphilis*, nºs 473 et 474, mars 1928, p. 91, avril 1928, p. 148.

Les rapports entre la rosacée et les troubles digestifs ont été maintes fois remarqués. E. a cherché à les préciser en examinant à ce point de vue 63 malades.

L'examen clinique et l'analyse du suc gastrique lui ont montré que 86 o/o des individus atteints de rosacée présentent des troubles dyspeptiques et que c'est la dyspepsie hypotonique avec ana- ou hypochlorhydrie qui prédomine chez eux. Aucun autre facteur étiologique n'a pu être relevé dans les mêmes proportions : l'hypotension est fréquente, mais dans des limites normales, la suppression d'une infection focale est quelquefois suivie d'amélioration, mais aucun facteur étiologique n'apparaît avec la même fréquence que l'hypotonicité gastrique avec hypochlorhydrie.

L'amélioration de ces malades par l'administration d'acide chlorhydrique dilué est constante, et ce qui confirme plus encore l'étiologie

dyspeptique de la rosacée c'est que l'acide chlorhydrique améliore même ceux des cas dans lesquels on ne constatait aucun trouble digestif. Le traitement doit être complété par une diététique spéciale visant la diminution des hydrates de carbone qui ont paru être souvent absorbés en excès. La tachyphagie et l'absorption de liquides aux repas doivent être interdites car il est démontré qu'elles favorisent et prolongent la congestion post-prandiale de la face.

S. Fernet.

Etude expérimentale sur la spore de Malassez : morphologie, cultures et rôle pathogène, par Mac Leod et Dowling. *The British Journ. of Dermatol. and Syphilis*, nº 474, avril 1928, p. 139 et *Proceedings of the Royal Society of Medecine*, vol. XXI, nº 3, avril 1928.

Le nom qui convient le mieux à cet organisme est celui de *Pityrosporon malassezii*. On peut le colorer dans les squames et dans les cultures par toutes les couleurs d'aniline : bleu de méthylène, violet de gentiane, etc. Il prend le Gram. Une bonne méthode de coloration est la méthode de Giemsa : les squames ou le produit de culture sont posés sur une lame, recouverts d'une lamelle et une goutte du colorant, non dilué, est posée sur le rebord de la lamelle de façon à ce qu'il puisse s'infiltrer ; on évite de cette façon d'altérer la préparation par le chauffage. Dans ces préparations la spore de Malassez se présente sous ses formes très variées : sphérulée, de taille variable, allongée en banane, étranglée en gourde, bourgeonnante en levures, etc., etc.

D. a réussi à cultiver cet organisme sur le milieu de Sabouraud (agar, peptone, maltose), sur l'agar glycériné acide et sur bouillon contenant 1 o/o d'acide oléique et 1 o/o de glucose. Les cultures poussent en 12 à 24 heures à 25° C. ; elles sont blanches, brillantes et lisses, mais prennent rapidement une teinte jaunâtre ou fauve.

Très voisine des *Monilia*, la spore de M. s'en distingue par son polymorphisme, sa taille plus variable, l'absence de mycélium dans les cultures sur milieux solides, son abondance dans les milieux liquides.

Le rôle pathogène de la spore de M. n'ayant pas pu, jusqu'à l'heure actuelle, être précisé, M. L. et D. ont pratiqué des inoculations du produit de culture dilué à quelques individus, dont les uns présentaient des dermatoses rentrant dans le groupe dit des eczématides, des séborrhéides ou des parakératoses psoriasiformes, d'autres présentaient uniquement de la séborrhée, d'autres encore avaient une peau normale. Les inoculations par scarifications ou par injections intradermiques en peau saine furent suivies de l'apparition, après 24 ou 48 heures, d'éruptions érythémato-papuleuses ou pityriasiques qui, chez certains sujets, reproduisaient exactement la dermatose primitive dont ils étaient porteurs.

Ces expériences paraissent prouver que les diverses variétés de « séborrhéides » sont des infections par la spore de M. Comme tous les autres champignons, celui-ci se développe plus volontiers sur les

peaux grasses à la faveur de l'humidité et de la chaleur de certaines régions telles que : les plis articulaires, les espaces interdigitaux, le cuir chevelu, les régions sternale et interscapulaire. Il est probable aussi que la spore de M. est responsable d'une partie des dermatoses et prurits des régions ano-génitales et inguinales.

Dans la discussion M. Whitfield souligne que les lésions observées après l'inoculation du bacille bouteille étaient érythémateuses, papuleuses ou squameuses, du type *Pityriasis versicolor*, mais qu'on n'a jamais observé de vésiculation. Il semble que la production des vésicules nécessite l'association de la spore de M. avec d'autres micro-organismes, en particulier le staphylocoque. S. FERNET.

The British Medical Journal (Londres).

Endocardite aiguë et érythème noueux consécutifs à une amygdalite et guéris par le vaccin streptococcique, par MARKSON. *The British Medic. Journ.*, n° 3512, 28 avril 1928, p. 715.

Une jeune femme de 22 ans présenta, à la suite d'une amygdalite banale, des arthralgies multiples, une endocardite aigüe et de l'érythème noueux aux membres inférieurs. Cet état aigu, interprété tout d'abord comme rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques, fut traité sans succès par du salicylate de soude à hautes doses. On pratiqua alors des injections de stock-vaccin streptococcique et l'on vit les phénomènes généraux s'amender rapidement après une courte phase d'exacerbation réactionnelle. On constatait en même temps la disparition des arthralgies et de l'érythème noueux.

M. cite cette observation à titre de document au chapitre de l'étiologie de l'érythème noueux. S. FERNET.

Bruxelles médical.

Le bismuth colloïdal électrique en syphiligraphie, par L. DEKEYSER *Bruxelles médical*, 3e année, n° 24, 15 avril 1928, p. 804.

Le bismuth colloïdal électrique contient le métal à l'état de pureté absolue et de division extrême. Il est bien toléré. La quantité de Bi injectée est minime, l'action thérapeutique est incontestable et puissante. Du fait de son état de division extrême, sa diffusion est très rapide. Aucun risque d'intoxication ou de rétention. D. l'a expérimenté dans 32 cas, dont il publie les observations résumées. Son action est, dit-il, comparable à celle des arsenicaux et des autres bismuths. H. RABEAU.

Signification et valeur générale de la réaction de Vernes, par LANGERON et D'HORN. *Bruxelles médical*, n° 25, 22 avril 1928, p. 825.

Depuis janvier les auteurs ont étudié la séro-floculation à la résorcine. Leur étude fait l'objet d'un travail d'ensemble. Dans cette note ils veulent attirer l'attention sur cette méthode qui leur paraît intéressante en clinique (laissant de côté le point de vue technique). Sa valeur dia-

gnostique de l'existence d'une tuberculose paraît certaine. Chez des sujets cliniquement tuberculeux des résultats positifs ont été obtenus dans 97 o/o des cas de tuberculose grave, dans 86 o/o des cas de tuberculose non évolutive, dans 80 o/o pour les tuberculoses extra-pulmonaires. La constatation de sa négativité permet d'éliminer la tuberculose. Chez les sujets sains 100 o/o de réactions négatives. Chez les sujets atteints d'affections étrangères à la tuberculose 22 o/o de résultats positifs, ce qui est une marge d'erreur assez sensible.

La valeur indicatrice de la nature évolutive des lésions semble certaine. Elle est le témoin de la tendance évolutive de la tuberculose.

H. Rabeau.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë ou ulcère vénérien adénogène de Nicolas et Favre (Contribucion al estudio de la Linfogranulomatosis inguinal subaguda o Ulcera venérea adenógena de Nicolás y Favre), par José Antonio Gay Prieto. *Actas dermo-sifiliograficas*, déc. 1927-en. 1928, n° 2, p. 122, 52 pages, 13 fig.

Revue générale très complète avec contribution personnelle intéressante. L'auteur a réussi à inoculer la maladie au cobaye.

Il l'a trouvée particulièrement fréquente chez les sujets tuberculeux. Dans quelques cas, elle aurait été favorablement influencée par la tuberculine.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

La syphilis sans chancre (La siphilis sin chancro), par Sainz de Aja. *Ecos españoles de Dermatologia et Sifiliografia*, abril 1928, num. 31, p. 483.

L'existence de syphilis évoluant sans chancre ne saurait être mise en doute. Les faits cliniques connus depuis longtemps sous le nom de « syphilis décapitées », d'accidents secondaires ou tertiaires d'emblée sont confirmés par l'inoculation à l'animal. L'accident primitif manque approximativement dans 10 o/o des cas de syphilis expérimentales.

L'auteur, considérant que le chancre, comme la papule et la gomme sont déterminés par la défense organique et non par l'action directe du tréponème, pense qu'il s'agit d'une absence ou d'un échec de la modalité spéciale de la « défense primaire ».

J. Margarot.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis, U. S. A).

L'action des hydrates de carbone et des électrolytes sur la conduite des leucocytes et l'élimination de l'arsenic après les injections d'arsénobenzènes, par Myers et Mueller. *The American Journal of Syphilis*, Vol. XII, n° 2, avril 1928, p. 157.

On sait que les injections d'arsénobenzènes déterminent un état de choc se traduisant par une leucopénie périphérique et une hypotension

passagère ; ces phénomènes sont liés à une hyperexcitabilité du système vago-sympathique.

M. et M. ont constaté sur de nombreux malades que tous les arsénobenzènes, sauf le silver-salvarsan, déterminent cette crise de leucopénie périphérique. Celle ci se produit d'une façon à peu près constante, alors même qu'on n'observe aucun symptôme clinique. De 8.000 à 12.000, taux normal, on voit le nombre des leucocytes tomber à 2.000 ou 3.000 au cours des minutes qui suivent l'injection, puis remonter progressivement à partir de la 10e minute, quelquefois avant. La leucopénie porte uniquement sur les polynucléaires neutrophiles qui refluent vers les viscères et surtout vers le foie et l'on peut se demander si ces reflux massifs et répétés ne jouent pas un rôle dans la pathogénie des ictères post-arsénobenzoliques.

Les crises de leucopénie périphérique peuvent être évitées par l'addition de glucose (2,5 o/o), de lactose ou de chlorure de sodium à la solution d'arsénobenzol. Cette solution doit être étendue à 20 centimètres cubes par décigramme de salvarsan, à 10 centimètres cubes par décigramme de néosalvarsan. L'injection ne doit être pratiquée que quelques minutes après l'addition de glucose et faite très lentement. On n'observe, dans ces conditions, aucune crise nitritoïde et l'examen du sang périphérique montre qu'il ne se produit pas de leucopénie.

L'addition de substances telles que le glucose ou le chlorure de sodium a pour conséquence d'accélérer l'élimination de l'arsenic injecté et, par conséquent, de diminuer son efficacité. Mais, pratiquement, il est encore préférable, dans certains cas, d'appliquer un traitement moins actif que de renoncer à l'emploi des arsenicaux

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les injections intraveineuses de composés bismuthiques dans le traitement de la syphilis, par Klauder. *Archives of Dermatol. and Syphil.*, vol. XVII, no 3, mars 1928, p. 332.

K. expose les résultats de l'expérimentation de quelques composés bismuthiques intraveineux sur le lapin. L'activité, la toxicité et l'index thérapeutique de ces produits (tartrate double de Bi et de K, de Bi et Na, gallate de Bi et Na, hydroxyde de Bi colloïdal) ne sont pas exactement parallèles à leur valeur en Bi-métal. D'une façon générale, la dose thérapeutique active de Bi-métal, injectée par voie veineuse, varie chez le lapin de o gr. 0026 à o gr. 004 par kilogramme de poids et la dose maxima tolérée de o gr. 082 à o gr. 017 par kilogramme. Parmi les préparations étudiées, le Bi colloïdal s'est montré le plus toxique, le phosphate de Bi colloïdal le moins toxique. Les doses mortelles provoquent chez les animaux des néphrites aiguës.

Etant donné ce que nous savons de la toxicité, de l'activité et de l'élimination des sels de Bi injectés par la voie musculaire, il est possible de comparer la valeur et d'établir les indications spéciales des

injections intraveineuses et intramusculaires de Bi. Les composés bismuthiques injectés par voie veineuse étant plus rapidement actifs, plus toxiques et s'éliminant plus rapidement, cette voie n'est indiquée qu'au début de la syphilis pour le traitement d'attaque chez les intolérants aux arsénobenzènes et dans les cas de Bordet-Wassermann irréductible. En dehors de ces indications, il est préférable de pratiquer des injections intramusculaires, qui exposent moins aux accidents toxiques et dont l'action est plus durable. S. Fernet.

Urticaire pigmentaire, par Fraser et Richter. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XVII, nº 4, avril 1928, p. 489.

Le travail de F. et R. porte sur 11 cas de maladie de Nettleship dont 7 avaient débuté à l'âge adulte. Deux observations présentent des particularités : dans l'une des lésions d'urticaire pigmentaire existaient à la face, dans l'autre elles évoluaient depuis l'âge de 31 ans chez une femme syphilitique, ayant un Bordet-Wassermann positif, mais ne se modifiaient nullement par le traitement spécifique.

Il n'existe aucune différence clinique ou histologique entre les cas juvéniles et les cas adultes. Sur toutes les coupes examinées, F. et R. ont trouvé les infiltrats de mastzellen mais, pour certaines, il leur a fallu plusieurs biopsies successives. Il semble, en effet, et le fait avait déjà été signalé (Hartzell), que les mastocytes ne se voient dans l'urticaire pigmentaire qu'à certaines phases de son évolution. Ils ne constituent du reste pas un signe pathognomonique de cette affection, car on les trouve en aussi grande abondance dans certains cas de kératose arsenicale. Leur présence n'a donc une valeur diagnostique que lorsqu'elle est corroborée par l'aspect clinique.

Quant à la nature des mastocytes, ils sont pour les uns identiques aux leucocytes basophiles du sang, pour d'autres, des cellules connectives différenciées. F. et R. se rangent à cette dernière opinion ; d'après eux les mastocytes tissulaires n'ont, en dehors de leur granulations, aucune ressemblance avec les basophiles du sang ; leur noyau est unique, rond ou ovale comme celui des cellules conjonctives ou des lymphocytes. Les basophiles du sang étant des myélocytes différenciés, présentent des mitoses, les mastocytes tissulaires n'en présentent jamais, comme les histiocytes, dont ils paraissent dériver. On ne constate, du reste, jamais d'augmentation du taux des basophiles dans le sang et, sur les coupes, on ne voit pas de migration à travers les parois des capillaires. L'accumulation des mastocytes autour de ceux-ci peut s'expliquer par un attraction chimiotactique ou par la présence, dans cette situation, de conditions favorables à leur développement.

Le tableau histologique de l'urticaire pigmentaire est complété par des altérations conjonctives et élastiques et par la présence en excès de mélanine dans l'épiderme et le derme, faits qui sont déjà bien connus. S. Fernet.

L'action de certaines huiles volatiles sur les champignons pathogènes, par Kincery et Adkisson. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XVII, nº 4, avril 1928, p. 499.

K. et A. exposent les résultats d'une étude expérimentale sur le pouvoir fungicide de certaines huiles volatiles végétales, comparativement à la valeur antiseptique des substances communément employées dans ce but : acides salicylique et benzoïque, alcool iodé, chrysarobine, soufre.

Les substances étudiées étaient : le thymol, l'huile de cannelle, l'essence de girofle, l'huile volatile de menthe poivrée, l'essence de Wintergreen (huile volatile de Palommier), l'essence de thym, l'essence d'eucalyptus, le camphre, le menthol.

Deux procédés ont été utilisés pour déterminer l'action de ces substances sur les champignons pathogènes. L'un consistait à déterminer, pour chaque substance, le temps nécessaire pour tuer les cultures de divers champignons ; le second, à incorporer cette substance au milieu de culture et à évaluer la dilution nécessaire pour empêcher le développement de celle-ci.

De toutes les substances examinées c'est le thymol qui s'est montré de beaucoup le plus actif. Après lui venaient se placer l'essence de girofle et l'huile volatile de menthe poivrée. Les autres essences furent éliminées en raison de leur faible puissance antiseptique. Les solutions iodées ont été presqu'aussi actives que le thymol, par contre l'acide benzoïque s'est montré à peu près complètement dénué d'action. L'acide salicylique, le soufre, la chrysarobine tenaient le milieu entre ces deux extrêmes.

K. et A. ont volontairement omis d'étudier, dans ces expériences préliminaires, l'activité spécifique dont ces substances antiseptiques pourraient être douées vis-à-vis de certaines espèces de champignons. Au sujet du thymol, ils s'abstiennent d'établir des conclusions pratiques, sachant que l'action des antiseptiques *in vitro* n'est pas toujours la même que l'action *in vivo*. Dans les tissus, en effet, la question de tolérance mise à part, l'action des substances antiseptiques est conditionnée par leur pouvoir de pénétration et par le pouvoir d'attaquer la cuticule des micro-organismes. La valeur du thymol à ce point de vue doit faire l'objet de recherches ultérieures. S. FERNET.

The Urologic and cutaneous Review (St-Louis).

Etude expérimentale de la superinfection dans la syphilis, par MESTCHERSKY (Moscou) et BODGANOFF. *The Urologic and cutaneous Review* (Saint-Louis, Missouri), avril 1928, p. 230.

L'immunité conférée par la syphilis a, du temps de Ricord, été admise sans réserves. Depuis, cette notion a subi quelques attaques : on a montré que l'inoculation du virus syphilitique était possible pendant les 10 à 12 premiers jours de la seconde incubation ; on a admis la possibilité des superinfections et des réinfections. Le problème déjà fort ardu est rendu encore plus complexe par les notions de l'allergie cutanée et de l'irritabilité spéciale, non-spécifique, de la peau des syphilitiques, signalée et étudiée par Lancereaux.

Malgré toutes ces réserves les expériences de M. et B. ont un grand

intérêt. Ces auteurs ont injecté sous la peau des syphilitiques des suspensions salines de sérosité prélevée sur des chancres indurés ou des syphilides secondaires suintantes. La présence des tréponèmes était vérifiée à l'ultra-microscope. Des injections de contrôle étaient pratiquées simultanément avec du sérum physiologique. Les 38 malades injectés présentaient des syphilis à diverses périodes : primaire, secondaire, tertiaire en activité, secondaire latente, héréditaire, nerveuse tardive. Les phénomènes observés après les inoculations étaient de quatre ordres différents : quelques malades ne présentèrent aucune réaction locale, quelques autres des réactions banales, non spécifiques, apparaissant dès le 2e jour et disparaissant rapidement sans laisser de traces. Mais chez 19 malades on observa, après une période d'incubation de 10 à 33 jours, l'apparition de lésions érythémateuses, papuleuses ou ulcéro-croûteuses ; quelques-unes de ces lésions reproduisaient exactement l'aspect de l'éruption présentée par le malade. Autour des premiers éléments apparaissaient d'autres éléments identiques au delà du point d'inoculation. Ces lésions persistaient pendant quelques semaines, ne présentaient aucune tendance à la cicatrisation spontanée, mais guérissaient rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Par leur type éruptif, elles correspondaient d'une façon générale à l'âge de la syphilis du sujet ; en période secondaire, elles étaient érythémateuses ou papuleuses ; à la période tertiaire. elles étaient ulcéro-croûteuses, rupioïdes. Aucune inoculation n'a pu être réussie chez les malades en cours de traitement. A la période secondaire active, un seul cas de superinfection a été constaté sous forme d'une réaction maculeuse. Deux cas ont été positifs au cours de la syphilis secondaire latente (production de papules avec collerettes de Biett). Les cas les plus nombreux de superinfection ont été observés au cours de la syphilis tertiaire.

M. et B. admettent donc que la superinfection est possible à toutes les périodes de la syphilis et que, par conséquent, l'immunité que confère cette maladie n'est pas absolue. La nature syphilitique des lésions observées après l'inoculation du virus syphilitique est prouvée par leur aspect identique aux lésions de la syphilis spontanée, par l'efficacité du traitement, par l'impossibilité de réussir une inoculation chez les sujets en cours de traitement. L'aspect objectif des lésions de superinfection dépend de l'âge de la syphilis du sujet inoculé et de la virulence du virus employé. Mme S. Fernet

Recherches expérimentales sur la superinfection dans la syphilis, par Pasini (Milan). *The Urologic and Cutaneous Review* (Saint-Louis, Missouri), avril 1928, p. 249.

P. a pratiqué des injections de virus syphilitique à 16 malades dont 5 syphilitiques anciens porteurs de lésions tertiaires, un chancre avec Wassermann + + — —, 8 syphilitiques secondaires, une syphilis nerveuse, un tabès. 15 malades présentèrent des réactions allergiques d'intensité variable, mais chez 10 (63 o/o) P. observa des lésions spécifiques typiques, correspondant par leur type éruptif à l'âge de la

syphilis du malade ; c'est ainsi que les lésions de superinfection observées par P. étaient papuleuses, infiltrées, au cours des syphilis jeunes, tuberculo-croûteuses ou ulcéreuses dans les syphilis anciennes ou malignes. Les inoculations pratiquées sur des cicatrices de lésions syphilitiques n'ont jamais été suivies de réaction locale, au contraire, les inoculations sur cicatrices de lésions non spécifiques ou sur peau saine avoisinant des lésions spécifiques donnaient lieu à des réactions intenses.

Des tréponèmes ont pu être décelés à l'endroit de l'inoculation quelques jours après celle-ci, alors qu'aucune réaction locale ne s'était produite.

Ces faits entraînent des considérations complexes sur l'immunité et l'allergie dans la syphilis. Il faut distinguer entre l'immunité générale et l'immunité locale ; celle-ci existe indiscutablement au niveau des cicatrices de lésions syphilitiques. L'immunité étant la capacité de l'organisme de réagir plus rapidement, plus violemment qu'à l'état normal au contact des virus spécifiques, on peut admettre que l'allergie cutanée en constitue une expression apparente. Celle-ci doit être interprétée comme une réaction de défense histogénique qui peu aboutir à la destruction du virus exogène. Mais elle n'implique pas l'impossibité du développement d'une manifestation spécifique de superinfection. Ceci explique que l'inoculation d'un virus syphilitique à des syphilitiques a pour conséquence une réaction allergique locale qui, dans plus de la moitié des cas et à toutes les périodes de la syphilis, peut prendre les caractères des lésions syphilitiques et constituer des superinfections locales.

Les inoculations successives de virus syphilitique augmentent la réactivité cutanée et sont suivies de réactions locales de plus en plus vives. Ces lésions cutanées allergiques, alors même qu'elles ont pris les caractères de lésions spécifiques typiques, ne réagissent que lentement au traitement.

Il est difficile d'apprécier les rapports qui existent entre l'allergie cutanée et l'immunité générale, on est, cependant, frappé par la rareté relative des syphilis viscérales chez les sujets qui ont présenté des syphilis dermotropes florides et l'on peut admettre que l'immunité générale est fonction de l'allergie et de l'immunité locale.

Mme S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Schistosomose cutanée aux Etats-Unis, par Cort. *The Journ. of the American Medic. Association*, vol. 90, 31 mars 1928, p. 1027.

L'attention a été attirée dans certaines régions des Etats-Unis par une éruption particulière survenant chez des personnes qui, en excursionnant, ramassent et manient des escargots et des limaçons pendant longtemps. La nature parasitaire de cette éruption n'a pas été soupçonnée.

C. a constaté qu'elle était causée par la pénétration dans les folli-

cules pileux de la cercaire d'un Schistosome : la *Cercaria elvæ* (Miller, 1923) dont l'hôte habituel est une limnée : la *Lymnæa emarginata-angulata*. Ces cercaires quittent facilement leur hôte dans l'eau et pénètrent dans la peau sous forme libre. La dermatose qu'elles occasionnent siège aux poignets, aux avant-bras, aux bras et peut s'étendre à la poitrine et au dos ; elle se manifeste par une sensation de piqûre suivie de la production d'élevures urticariennes et d'œdème. Dès le lendemain on observe des papules prurigineuses, puis des pustules. L'éruption disparaît spontanément en 4 ou 5 jours. La forme adulte de la *Cercaria elvæ* n'est pas connue ; il est a noter que cette larve pénètre dans la peau de la même façon que la cercaire de *Schistosomum japanicum*, agent de la bilharziose artério-veineuse.

S. Fernet.

The Medical Journal and Record (New-York).

La leuconychie totale, par Eller et Anderson. *The Medical Journal and Record*, 21 mars 1928, p. 318.

A propos d'un cas de leuconychie totale et générale des mains chez une fillette de 15 ans, ne présentant, par ailleurs, aucun symptôme pouvant éclairer l'étiologie de ce trouble unguéal, E. et A. font une revue de la question.

Tandis que les leuconychies ponctuées et striées sont communes, la leuconychie totale est fort rare et l'on n'en connaît qu'une cinquantaine de cas. Quelquefois héréditaire et familiale, cette malformation s'observe souvent isolément. Les ongles présentent, suivant les cas, une teinte nacrée, ivoire, porcelanique, laiteuse, bleutée. L'affection qui peut débuter à tous les âges est permanente ou périodique de durée variable, alternant avec des périodes où les ongles reprennent leur aspect normal. Par analogie avec le processus pathogénique des cheveux annelés, on a voulu attribuer la leuconychie à la pénétration de l'air dans la matière unguéale. Cette opinion n'a pas été confirmée ; il semble plutôt qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel de la matrice de l'ongle qui a pour conséquence une kératinisation anormale. Les traumatismes, la débilité, les maladies infectieuses, les intoxications et les névroses peuvent être à l'origine de ce trouble ; dans beaucoup de cas, cependant, aucune de ces causes ne peut être incriminée.

S. Fernet.

Le traitement de la myiase rampante, par Kirby-Smith. *Medical Journal and Record*, 21 mars 1928, p. 320.

Le meilleur traitement de la myiase rampante est, d'après l'expérience de cet auteur, le jet de chlorure d'éthyle. Les extrémités des sillons, badigeonnés préalablement à la teinture d'iode, sont maintenus pendant 2 minutes sous le jet jusqu'à congélation complète. Les phlyctènes consécutives sont ouvertes et lotionnées avec une solution à 2 o/o de mercurochrome ou une autre solution antiseptique.

Au sud des Etats-Unis et surtout dans la presqu'île de la Floride

on observe une variété de « creaping eruption » due à une larve de nématode *(Agamonematodum migrans)* dont les sillons très nombreux peuvent couvrir tous le corps et déterminer des infections et des dermites secondaires très étendues. Dans cette variété de myiase le traitement par le chlorure d'éthyle permet de détruire quotidiennement un grand nombre de parasites sans augmenter la dermite qui peut, simultanément, être traitée par des applications émollientes.

S. FERNET.

Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie (Kyoto).

Le liquide céphalo-rachidien dans les syphilis papuleuses miliaires disséminées, par TASHIRO et ISHIDA. « Lues », *Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie,* Kyoto, vol. 2, n° 1, mars 1928, p. 73.

Dans 13 cas sur 15 de syphilides papuleuses miliaires disséminées T. et I. ont constaté des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose, albuminose ou Bordet-Wassermann positif. Il est fréquent du reste d'observer au début de cette forme relativement rare de syphilis secondaire des troubles généraux tels que céphalée, fièvre, amaigrissement et de voir par la suite se produire quelques manifestations nerveuses.

Les syphilides papuleuses miliaires disséminées, de même que l'alopécie et la leuco-mélanodermie, s'accompagnent donc, avec une fréquence tout à fait particulière, de méningite spécifique latente. Il est à noter que les cas de T. et I. ont cédé rapidement au traitement arsenical.

S. FERNET.

Rousskaïa Klinika (Moscou).

Le traitement spécifique de l'érysipèle, par P. A. ALISSOFF et N. I. MOROZKINE (Smolensk). *Rousskaïa Klinika* (Moscou), t. IX, n° 48, avril 1928, pp. 544-550.

Les auteurs ont traité une centaine de cas d'érysipèle à localisation variée (tête, face, extrémités, migrateurs) par la thérapeutique spécifique (sérum antistreptococcique, antivirus, puis les deux agents à la fois). Leurs conclusions sont ainsi formulées : le traitement spécifique possède une base beaucoup plus solide que les autres traitements. Dans les cas bénins (face) il suffit d'application locale d'antivirus ; dans des cas graves (migrateurs) s'accompagnant de phénomènes d'intoxication générale, ce n'est que l'emploi des doses massives de sérum qui exerce le meilleur effet thérapeutique. La meilleure méthode est la méthode combinée (antivirus + sérum). L'introduction du sérum dans le but thérapeutique peut se faire n'importe quel jour de la maladie, avec espoir d'obtenir un effet curateur favorable. Il est préférable d'employer des injections locales de sérum et d'antivirus à la périphérie du foyer de l'infection. Les complications (pneumonie, phlegmons, néphrites) sont favorablement influencées par le sérum antistreptococcique polyvalent. Pour éviter la maladie sérique, il faut se servir de sérum pasteurisé (3 jours).

BERMANN.

Roussky Vestnik Dermatologuii.

Affections eczématiformes et psoriasiformes mycosiques de la peau glabre, par M. G. Mguébrov (Odessa). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 4, avril 1928, pp. 338-361.

Ces affections atypiques de la peau glabre sont dues au *Trychophyton violaceum* et à l'*Achorion Schœnleini*. L'auteur, s'appuyant sur les données bibliographiques et plus de 20 observations personnelles, fait une étude très détaillée de ces dermatoses. Il passe en revue l'eczéma marginé, l'érythrasma, les oïdiomycoses, les trichophytides, les microsporides, les favides, les trichophyties des plantes des pieds et des paumes des mains, celles localisées au dos des mains et en d'autres régions, dont le diagnostic est difficile au début, mais facile ensuite par la constatation d'autres localisations plus typiques. Le favus de la peau glabre peut être divisé en 3 groupes et présente des difficultés de diagnostic. Toutes ces formes atypiques sont rebelles au traitement et récidivent facilement. Il faut tout d'abord traiter les localisations unguéales et la tête. Sur la peau glabre on doit appliquer des pommades au zinc et à la chrysarobine avec adjonction de soufre.

Bermann.

Contribution à l'étude du séro-diagnostic du rhinosclérome, par R. B. Graguérova et O. G. Kalina (Odessa). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t VI, n° 4, avril 1928, pp. 361-367.

Se basant sur les données bibliographiques et leurs recherches personnelles, les auteurs tirent les conclusions suivantes : la réaction de fixation du complément d'après Bordet-Gengou montre effectivement la spécificité des bacilles de Fritsch. Pour exécuter convenablement cette réaction avec le bacille de Fritsch, il est indispensable de procéder à un dosage strict de l'antigène et de l'ambocepteur. Lorsque le tableau clinique et histopathologique de l'affection ne donne pas de signes tout à fait certains, la réaction de Bordet Gengou peut servir d'élément de diagnostic précieux.

Bermann.

Un cas de sarcome idiopathique multiple hémorragique de Kaposi, par L. S. Sirota (Gitomir). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 4, avril 1928, pp. 370-373.

Un juif de 66 ans s'était donné un coup sur la main droite, après quoi l'endroit traumatisé devint le siège d'une tumeur ferme. Le traumatisme remonte à deux ans, durant lesquels d'autres tumeurs sont survenues, les mains sont devenues violacées. Depuis un an, tumeurs semblables aux jambes Les tumeurs sont indolores. A part ces nodules et infiltrations, le malade a un eczéma chronique prurigineux à la jambe droite. La biopsie montre une vasodilatation et des néoformations vasculaires avec extravasations. Dépôts de blocs pigmentaires. Par places infiltration de petites cellules, et vacuoles remplies de cellules plasmatiques et fusiformes. Pas de succès par le traitement arsenical ni la radiothérapie. En dernière analyse, l'auteur pense que ce cas doit être rangé parmi les granulomes infectieux.

Bermann.

Contribution à la caractéristique de l'épidermolyse bulleuse, par P. P. Gorsky (Rgév). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 4, avril 1928, pp. 373-378.

Un écolier âgé de 9 ans, qui se trouvait à la période de desquamation de la scarlatine, est devenue apathique paresseux. Ses téguments, en commençant par la figure et en terminant par les pieds, sont peu à peu couverts par des bulles indolores et sans prurit, de même que les muqueuses nasale et des organes génitaux (gland, prépuce, urètre). Les bulles survenaient surtout aux endroits traumatisés, disparaissant et revenant. Bon état général, pas de fièvre, ni d'arthralgies. Le traitement par des pommades ne donne pas de résultat favorable. Le cas décrit présente certaines particularités notées par l'auteur, par exemple, l'éruption atypique à la face au début de l'affection ; l'apparition des bulles aux endroits traumatisés ; l'absence d'inflammation cutanée précédant les bulles ; l'absence de phénomènes généraux, hyperthermie et arthralgies ; atypicité des éléments primaires et secondaires ; le début subaigu de la maladie ; les bulles ovales ; début à un âge relativement avancé, après une scarlatine ; l'absence d'hérédité et de caractère familial de l'affection ; la symétrie des éléments bulleux ; l'action favorable de néosalvarsan qui a guéri et a prévenu les récidives pendant six mois d'observation. Bermann.

Un cas de syphilis précoce du système nerveux, par A. Vilentchouk (Leningrade). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 4, avril 1928, pp. 378-385.

Après une étude pathogénique de la syphilis nerveuse, l'auteur décrit un cas personnel. Il s'agit d'un officier supérieur âgé de 40 ans sans antécédents héréditaires ni personnels morbides, mais alcoolique.

S'étant présenté avec un chancre dur typique de la verge avec adénopathie inguinale typique, âgés de quelques jours, il reçoit 9 injections intramusculaires de salicylate de mercure à 10 o/o et 4 injections intraveineuses de 0 gr. 60 de novarsénobenzol Billon. Quelques jours après la fin de cette cure, le malade, après une fièvre, avec céphalée, courbature, douleurs lombaires et somnolence, présente, sur le fond d'une roséole du tronc, une syphilide pustuleuse. Le traitement est repris, mais le malade se plaint de céphalées, douleurs fulgurantes aux jambes et en ceinture et il perd la vue de l'œil droit. Au traitement l'on ajoute de l'iodure de potassium, mais cela n'empêche pas les troubles de la marche et la paralysie des membres supérieur et inférieur gauches. Un mois et demi plus tard, sous l'influence du traitement continué, le malade s'améliore petit à petit, mais il garde des symptômes de tabès très atténués. Trois ans plus tard, le malade, revu par le médecin, n'a présenté rien de particulier, au point de vue cutané ou nerveux, mais le Bordet-Wassermann était très positif. L'auteur insiste sur l'intérêt du cas où le système nerveux fut l'objet d'une atteinte précoce, précédée de fièvre et de syphilide pustuleuse. Le cas fut rebelle au traitement qui n'a pas arrêté les symptômes nouveaux. La cause de la marche insolite de la syphilis chez cet offi-

cier, est, selon l'auteur, l'alcoolisme chronique, l'insuffisance du traitement novarsénical au début et la vie militaire intense et fatigante que menait le malade. BERMANN.

Evolution d'une urétrite blennorragique dans un cas d'épispadias, par S. FOURMANOFF (Lougansk). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 4, avril 1928, pp. 390-395.

Le malade est un forgeron de campagne âgé de 37 ans, marié, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne. Consulte pour une blennorragie contractée par un coït extraconjugal. A l'inspection on constate une hernie sus-ombilicale de la ligne blanche. Les organes génitaux ont un vice de conformation : corps caverneux longs de 5 centimètres, prépuce court, manquant à la partie antérieure. Sur la face dorsale du pénis on remarque un urètre épispadiaque aboutissant à un entonnoir où il s'ouvre par un petit orifice situé un peu au-dessous du pubis. Le testicule droit est augmenté, le malade a eu une orchite par effort à 24 ans. Testicule gauche et prostate, rien de particulier. Dans le pus sécrété par l'urètre on trouve des gonocoques. Traitement par le repos, la diète et les balsamiques, car le malade ne pouvait fréquenter le Dispensaire. Le malade n'observant pas ces prescriptions, voit survenir une cystite, une néphrite, une prostatite, une spermatocystite, et toutes ces complications ne cèdent au traitement ni local, ni général (protéino- et vaccinothérapie). Le malade ne guérit que par des injections intraveineuses de néo, au bout de 8 mois en tout. Les fonctions génitales ont toujours été normales chez le malade, dont la femme avait eu 12 grossesses. Il a 7 enfants vivants et bien portants. La radiographie montre que les deux os du pubis sont distants de 2 centimètres l'un de l'autre. BERMANN.

Vratchebnaïa Gazeta.

A propos de la casuistique de l'érythrodermie desquamative (maladie de Leiner), par HIRSCHBERG. *Vratchebnaïa Gazeta*, n° 8, 30 avril 1928, pp. 592 594.

Se basant sur l'étude bibliographique et un cas personnel chez un petit garçon de 2 ans et demi, l'auteur conclut que son cas est intéressant par les particularités suivantes : l'affection ne s'est pas accompagnée de dyspepsie grave, comme le notent les autres auteurs. L'affection avait une certaine cyclicité : il y avait des élévations thermiques qui cessaient lors de l'amélioration des symptômes cutanés et de l'état général. La guérison est survenue avec l'allaitement au sein exclusif, ce qui est contraire à l'opinion des auteurs insistant sur l'allaitement mixte lors de cette maladie. BERMANN.

Vratchébnoïé Délo.

Érythème polymorphe exsudatif récidivant de la muqueuse buccale, par E. V. KISTIAKOVSKY (Kieff). *Vratchébnoïé Délo*, n° 7, 15 avril 1928, pp. 540-542.

L'auteur a observé trois malades avec une localisation exclusive de l'érythème polymorphe aux muqueuses. Chez deux de ces malades la maladie n'a produit qu'une atteinte, chez le troisième l'affection a duré 10 ans. C'est ce dernier cas que l'auteur décrit en détail. Il s'agit d'un serrurier de 23 ans, sans antécédents morbides. Dans l'enfance, pharyngites et amygdalites fréquentes. Depuis 1919, le malade présente chaque printemps des ulcérations et des bulles de la muqueuse buccale. En 1920, phénomènes choréiformes ayant duré une année. Ce n'est qu'en 1925 que le malade a présenté pour la première fois des localisations cutanées de l'érythème polymorphe siégeant au dos des mains. des pieds, du tronc, avec éléments typiques. L'auteur décrit la récidive ayant lieu actuellement : conjonctivite, croûte sanguinolente aux lèvres, érosions de la muqueuse buccale, dont les lambeaux se détachent des chairs enflammées sous-jacentes, sialorrhée, mauvaise odeur de la bouche, déglutition impossible même pour des aliments liquides, les douleurs siégeant non seulement dans la bouche, mais tout le long de l'œsophage. Erythème polymorphe caractéristique aux mains, pieds ; papules érythémateuses sur le corps. Dans la culture de la muqueuse on ne trouve que des strepto - et staphylocoques. Sang stérile. La muqueuse buccale, après la guérison, présentait des plaques leucoplasiques, surtout au dos de la langue. Le diagnostic est difficile, et doit être fait avec la stomatite aphteuse, la syphilis et le pemphigus vulgaire. C'est le tableau des localisations cutanées qui contribue à éviter la confusion.

Bermann.

Contribution à l'épidémiologie du chancre mou, par B. I. Frænkel (Kharkow), *Vratchébnoïé Délo*, n° 7, 15 avril 1928, pp. 553-557.

De 1923 à 1926 l'Institut vénéréologique de Kharkov a enregistré 474 cas de chancre mou. En 1925 et 1926, il y avait beaucoup plus de cas qu'en 1923 et 1924. C'est en décembre, août et octobre que l'auteur a observé le plus grand nombre de cas, le minimum était aux mois de mars, avril et mai. Chez l'homme le chancre mou a été constaté dans 93,3 o/o, chez la femme, dans 5,7 o/o L'auteur ainsi que d'autres savants, émet la supposition que les femmes peuvent être des « porteurs des bacilles » sans présenter les symptômes manifestes de la chancrelle. La plupart des malades sont des ouvriers, puis viennent les employés avec les taux respectifs de 77,5 o/o et 11,7 o/o. Quant à la nationalité, les Russes forment 54,9 o/o, les Ukrainiens 31,8 o/o. Les non mariés font 64,3 o/o, les mariés 34,1 o/o. L'âge le plus fréquent des malades est de 20 à 30 ans (62,4 o/o), puis de 30 à 40 ans (18,2 o/o). Quant à l'origine des malades, 81,8 o/o habitent la ville, et 18,2 o/o sont des étrangers. Quant aux conditions de vie, la plupart des malades habitent dans des logements exigus, dans la promiscuité, et dans des asiles de nuit. 71,7 o/o n'observent pas de règles hygiéniques, ne prennent pas garde à l'entourage et risquent de le contaminer. Cette négligence mène aussi au fait que 65,9 o/o des malades traînent leur maladie de 1 à 2 mois. 42 o/o des bubons

s'observent chez les paysans, 22,8 o/o chez les manœuvres, 19,4 o/o chez les employés, 18,4 o/o chez les ouvriers qualifiés. Le travail physique favorise naturellement la formation des bubons. Quant aux variétés du chancre mou, il a été simple dans 75 o/o et mixte dans 18,2 o/o. La source de l'infection est la prostitution dans 78,8 o/o des cas. BERMANN.

La dermatite professionnelle des nettoyeurs de poisson, par D. E. KHODOROFF et I. B. CHERMAN (Odessa). *Vratchébnoïé Délo,* n° 7, 15 avril 1928, pp. 558-560.

L'auteur a observé une dermatite particulière chez les ouvrières travaillant aux fabriques de conserve de poisson. Toutes les vingt-quatre ouvrières étudiées avaient dans le passé ou présentaient au moment de l'observation le même type de dermatite. L'auteur conclut : la dermatite érythémateuse des nettoyeuses de poisson est une dermatite professionnelle particulière. Sa cause est due aux irritations cutanées d'origine mécanique et chimique par l'eau, les solutions salines, les acides, les mélanges inorganiques des poissons, etc. Cliniquement, la dermatite se caractérise par une rougeur érysipélateuse de la paume des mains, de la paronyxis, des rhagades, des écorchures des mains, avec œdème, prurit et chaleur des téguments atteints. La prophylaxie consisterait, selon l'auteur, dans une série de mesures hygiéniques et sanitaires (bassin spécial pour le lavage des poissons, des lavabos avec des solutions faiblement astringentes pour les ouvrières (borax, acide tannique, etc.), locaux vastes, aisés, confortables. La prophylaxie personnelle devrait être faite par le port des gants de cuir durant le travail et les onctions des mains par une graisse neutre. Le travail devrait être complètement défendu aux personnes enclines aux dermatites en général, ayant une peau délicate et vulnérable. BERMANN.

Un cas de papillomatose de la muqueuse buccale chez un syphilitique, par E. I. MIRAKIANTZ (Erivagne). *Vratchébnoïé Délo,* n° 8, 30 avril 1928, pp. 651-652.

La papillomatose de la muqueuse buccale est une affection rare. Pendant deux années de travail à Azerbeydjan l'auteur n'a rencontré que trois cas de cette localisation sur 12.000 personnes examinées dont 5.000 atteintes de maladies vénériennes et de dermatoses. D'autres statistiques la montrent encore plus rare. Le cas que l'auteur décrit à présent concerne un Turkmène se plaignant depuis 1 an et demi de dysphagie et de douleurs articulaires aux coudes, surtout nocturnes. Les ganglions cervicaux sont un peu augmentés, mais pas durs. Rien de particulier aux autres ganglions lymphatiques. Les articulations des coudes sont enflées, les mouvements limités. La radiographie montre des exostoses, une périostite et des foyers gommeux aux os du coude. Dans la cavité buccale, on constate des excroissances papillomateuses, isolées et confluentes au palais dur et mou, aux amygdales, à la luette, à la langue, aux piliers. B.-W. + + + +. Le traitement mixte par 3 grammes de néo et 10 injections de sublimé,

n'a pas amené de guérison, mais au contraire les papillomes se sont étendus, de nouveaux éléments ont été constatés. Cet échec parle contre l'étiologie spirochétienne des papillomes, car le néo exerce un effet positif sur les spirochètes pâles ou réfringents. L'étiologie des condylomes reste indéterminée ; le terrain et la prédisposition des tissus jouent un rôle dans l'apparition et l'évolution de cette affection, ce qui est confirmé par la fréquence des papillomes parmi les races de couleur noire, jaune et rouge. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies du cuir chevelu. IV. Les maladies suppuratives et exsudatives. Pyodermites et eczémas, par R. SABOURAUD, directeur du Laboratoire municipal de la ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis. Paris, Masson, éditeurs, 1 vol. in-8° de 284 p. avec 149 figures originales. Prix : 60 fr.

Tous les dermatologistes ont lu et médité les trois premiers volumes du *Traité des maladies du cuir chevelu* de Sabouraud.

Le premier étudiait les Maladies séborrhéiques : *séborrhée, acné, calvitie* (1902) ; le second les Maladies desquamatives : *pityriasis* et *alopécies pelliculaires* (1904) ; le troisième les Maladies cryptogamiques : les *teignes* (1910).

Le volume qui paraît aujourd'hui, après un intervalle de dix-huit années, est consacré aux Maladies suppuratives et exsudatives : *pyodermites* et *eczémas*. Il ne clôt pas la série qui ne sera complète qu'avec le cinquième et le sixième volume. M. Sabouraud ne nous les promet pas formellement, la vie, dit-il, étant si courte que presque tous les projets qu'on fait sont trop grands pour elle. Mais nous ne doutons pas qu'une œuvre si considérable ne s'achève bientôt car l'auteur en a certainement réuni tous les matériaux. Comme Racine, il n'a plus qu'à écrire les vers et c'est chose si aisée pour lui.

Les pyodermites sont uniquement étudiées aux points de vue microbien et anatomo-pathologique. Ce n'est pas que M. Sabouraud méconnaisse l'importance de l'étude biologique ou, si l'on préfère, physiologique. Mais il pense très sagement que cette étude n'est qu'à l'état d'ébauche et ne conduit encore à aucune conclusion péremptoire,

Dans le domaine anatomo-clinique et bactériologique, au contraire, des faits concrets et même expérimentaux sont acquis. L'auteur les a spécialement étudiés et il y possède une maîtrise universellement reconnue. Il nous parle vraiment de ce qu'il sait et, selon le conseil de

Montaigne, il nous dit tout ce qu'il sait. Il n'est pas un dermatologiste qui ne trouve à s'y instruire.

Il y a deux pyodermites et leur étude éclaircit celle de la dermatologie tout entière. D'abord la staphylococcie cutanée. Ses lésions aiguës et passagères, ses formes chroniques dans toutes leurs variétés sont minutieusement décrites avec une abondance de détails et une richesse d'illustrations extraordinaires.

La deuxième partie comprend les streptococcies épidermiques, l'impétigo d'abord, puis toutes les variétés cliniques, et elles sont nombreuses, où le streptocoque joue le principal rôle. C'est peut-être la partie la plus originale de l'ouvrage et celle où les travaux de Sabouraud prennent le plus d'importance.

La troisième partie peut étonner les dermatologistes traditionnalistes et d'abord par son sous-titre : les coccides eczématiformes. L'histoire de l'eczéma, avec ses phases bien connues, la lutte entre les partisans de l'eczéma parasitaire dont Unna fut le chef obéi et les partisans de l'eczéma-réaction, dont Brocq reste l'éloquent champion, sont rappelées d'une façon très critique. La conclusion est, qu'en marge du « grand eczéma », il y a de « petits eczémas » qui sont des entités morbides distinctes dont plusieurs microbiennes. L'idée la plus personnelle de Sabouraud est peut-être de considérer que l'eczéma-réaction peut être considéré non seulement comme la traduction à la peau d'un processus pathologique d'ordre général, interne, mais aussi comme une réaction à une infection microbienne primitivement épidermique. Il y aurait donc à côté des eczémas microbiens véritables, par exemple streptococciques (ou, si l'on préfère, à côté des streptococcies eczématiformes), des eczémas vrais compliquant un impétigo. Il faut lire et méditer tout ce chapitre des eczémas qui, bien que traitant des points très spéciaux de dermatologie ésotérique, est exposé avec tant de clarté que la lecture peut en être faite non seulement avec profit, mais avec plaisir par un simple débutant.

Une quatrième partie traite de la thérapeutique. On y trouvera une foule de renseignements et de conseils très précieux.

Il ne faut pas chercher dans l'ouvrage de Sabouraud les divisions habituelles et la forme de nos traités classiques. Tout y est original : le plan, la méthode, la langue. L'homme s'y peint tout entier. On peut reconnaître du Sabouraud à la lecture, comme on reconnaît tous les auteurs à forte personnalité. Des imitateurs irrévérencieux pourraient même s'exercer à des pastiches « à la manière de .... ».

Je suis sûr que personne, pas même l'auteur, ne verra dans cette appréciation une critique, tout au contraire.

Est-ce dire que l'on ne puisse, sur le fond, faire des critiques ? Non sans doute. Mais il y faudrait beaucoup de place et de temps, c'est un soin que je laisse aux lecteurs. Je me permets seulement de regretter qu'une édition aussi belle ne comporte aucune planche en couleur. La couleur fait tellement partie de la symptomatologie cutanée que je pense qu'il est presque impossible, sur une image en noir, de faire le

diagnostic de la dermatose la plus simple. Sans être aussi importante pour les coupes anatomo-pathologiques, la couleur y joue cependant un rôle de premier plan. Je sais bien hélas ! ce qui qui arrête auteurs et surtout éditeurs. Le regret demeure cependant.

CLÉMENT SIMON.

Le traitement de certaines dermatoses prurigineuses par la bromothérapie intraveineuse, par J. DEMOLY. Un volume de 95 pages. *Thèse Paris*, 1928, Jouve éditeur.

Le premier en 1924 Lebedief montra les bons résultats obtenus par les injections intraveineuses de bromure de sodium à 10 o/o, dans le traitement de diverses dermatoses prurigineuses. Ces résultats furent confirmés par de nombreux auteurs.

D. dans le service du professeur Jeanselme, a employé le bromure de strontium en solution à 10 o/o, injections de 10 centimètres cubes. chaque deux jours. La médication peut être poursuivie sans inconvénients pendant longtemps.

Aucun incident de bromisme n'a jamais été constaté.

	Guérison	Amélioration considérable	Amélioration légère	Echecs	Abandon	Total
Eczéma aigu	21	8	4	1	1	35
Eczéma chronique	5	2	2	4	2	15
Urticaire		1	3	2	2	8
Prurit généralisé	2		1	2		9
Prurit totalisé	1		2			6
Lichen	3	2	1			6
						79

Ce tableau montre les résultats obtenus.

Cette médication, dont le mode d'action n'est pas nettement élucidé, mérite de prendre place dans l'arsenal de la thérapeutique dermatologique.

H. RABEAU.

Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis, par J. SÉDILLOT. Un volume de 165 pages, librairie Arnette, 1928.

Peut-on reprocher à un auteur d'écrire un livre qui se lise comme un roman ? Celui-ci plein de verve, de réflexions caustiques, de jugements sévères, se lit avec un intérêt constant. C'est en s'efforçant de ne jamais séparer l'étude du tréponème de l'étude du terrain sur lequel il évolue qu'on peut essayer de comprendre l'évolution de la syphilis au cours de ses différentes périodes et de ses manifestations viscérales. Le terrain avec ses infections antérieures, ses intoxications, ses scléroses, conditionne l'évolution de la syphilis, bien plus que la virulence du tréponème. Sur le même suj t le tréponème passe par trois phases :

phase de jeunesse. pendant laquelle à la faveur des associations microbiennes le tréponème a une vie de surface (tréponème ennuyeux); phase de latence pendant laquelle il vit en profondeur restant silencieux; période de vieillesse pendant laquelle le microbe vieilli peut compliquer ou aggraver les conséquences de la sclérose banale au niveau d'organes nobles, et, produisant de véritables désastres, devenir le tréponème dangereux. Telle est la conception de S. qui ajoute que « jamais les syphilitiques n'ont été plus mal soignés qu'en ces dix « dernières années » et essaie de le prouver. Il condamne l'emploi des arsénobenzols, et voudrait qu'on n'oublie pas le mercure et l'iodure. Il s'élève contre les traitements trop rapides, les mariages trop précocement autorisés. Pour lui la lutte antivénérienne telle qu'elle est menée actuellement ne donne pas les résultats qu'on pouvait en escompter. Il faut réformer les méthodes actuelles de traitement, imposer aux syphilitiques un régime sévère qui les mettra à l'abri des maladies d'usure, et éviter ainsi de fournir au tréponème le terrain propice. H. Rabeau.

NOUVELLES

MÉDAILLE AU PROFESSEUR JEANSELME

Un groupe d'élèves et d'amis de M. le professeur Jeanselme estime qu'il conviendrait de marquer son départ de la Faculté et des Hôpitaux par un témoignage de leur affection en faisant frapper sa médaille en bronze par le graveur Dropsy.

Le comité d'organisation vous prie de vouloir bien vous joindre à lui et d'adresser votre souscription aux trésoriers, MM. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e), avant le 15 octobre prochain.

La remise de la médaille à M. le professeur Jeanselme aura lieu le dimanche 9 décembre, à 10 heures, au Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Les souscripteurs d'un minimum de cent francs recevront une réplique en bronze.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

M. Margarot, agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de dermatosyphiligraphie de ladite Faculté (chaire transformée).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

LE NODULE DOULOUREUX DE L'OREILLE

Par W. DUBREUILH et M. PIGEARD DE GURBERT.

Le nodule douloureux de l'oreille est une petite lésion généralement peu connue et même tout à fait ignorée en France car nous ne connaissons aucun cas qui ait été publié chez nous. Elle n'est cependant pas très rare (1) et elle est très gênante pour ceux qui en sont porteurs.

La première mention est due à Winkler, de Lucerne, qui, en 1915 en publia 8 cas sous le nom de « Production pathologique au niveau du cartilage de l'oreille ». D'autres cas ont été publiés par Fœrster (de Milwaukee), Mitchell (de Chicago), Sequeira (de Londres), Rost (de Vienne) et Roxburgh (de Londres). En tout 24 cas auxquels nous en ajoutons 6 nouveaux (2).

Observation I

H..., 67 ans, vendeur à l'encan. Il y a 3 mois commence à se développer sur l'hélix droit un petit nodule blanchâtre que le malade prend d'abord pour une verrue et qu'il abrase à deux reprises avec une lame de rasoir Gillette. Chaque fois il en résulte une petite hémorragie lente à se tarir et la formation consécutive d'une croûtelle qu'il détache quelque temps après, tandis que le nodule se reproduit avec sa dimension première. Cette petite tumeur est indolore spontanément, mais se comporte à la manière d'un corps étranger, d'un durillon par exemple, et empêche le malade de reposer sa tête pendant la nuit sur l'oreille intéressée. C'est précisément parce qu'il a l'habitude de dormir sur le côté

(1) L'un de nous ayant fait une communication sur ce sujet à la Société de Médecine de Bordeaux, deux assistants en rapportèrent aussitôt deux nouvelles observations, l'une sur lui-même, l'autre chez un membre de sa famille.

(2) M. Pigeard de Gurbert. Le nodule douloureux de l'oreille. *Thèse de Bordeaux*, 1927. Dans ce travail sont reproduites toutes les observations que l'auteur a pu réunir.

droit qu'il se décide, malgré l'apparence insignifiante de la lésion, à venir à l'hôpital.

On trouve sur le bord de l'hélix, un peu en avant de la jonction de sa portion ascendante avec sa portion horizontale un petit nodule gros comme un grain de chènevis, arrondi, pâle, légèrement saillant, dur, donnant au toucher une sensation de grain de plomb, à surface lisse, sauf au sommet qui est surmonté de quelques squames blanches sans caractères spéciaux ; ses limites sont nettes sur les bords et sa mobilité est parfaite sur le cartilage sous-jacent.

L'examen à la loupe permet de voir en son centre un petit disque de 2 millimètres de diamètre, jaune, translucide, qui est la base d'un cône corné s'enfonçant dans la profondeur. La pression donne au malade la sensation de piqûre d'épine. Autour du nodule la peau est saine comme sur tout le pavillon. Rien à signaler sur l'autre oreille.

Aucun traumatisme, aucune autre lésion précédente ne semble avoir précédé ce nodule.

Excision, guérison.

Examen microscopique. — La lésion qui est limitée au bord même de l'hélix, atteint principalement l'épiderme et le derme. Elle est constituée dans ses grandes lignes par de l'hyperacanthose et de l'hyperkératose d'une part, par de la sclérose du derme d'autre part.

L'épiderme est fortement épaissi dans toutes ses parties et forme au centre un véritable nodule épidermique. La couche cornée dix ou quinze fois plus épaisse que normalement est dense, compacte, sans noyaux colorables par les méthodes ordinaires, s'écaillant un peu en grosses squames à la surface. La couche granuleuse qui lui fait suite est épaisse, formée de sept ou huit rangées de cellules polygonales volumineuses très chargées de grains de kératohyaline. La couche muqueuse est épaisse, formée de cellules assez volumineuses, polygonales, avec une membrane cellulaire et des espaces scalariformes bien marqués. Les noyaux sont assez gros, bien nets, mais un peu pâles. La couche basale est un peu irrégulière mais bien limitée du côté du derme. Sa limite est à peu près plane, les mitoses n'y sont pas en nombre exagéré et l'on n'y voit pas de cellules migratrices.

Sur les côtés de la lésion l'hyperacanthose est plus irrégulière et, tout en conservant les mêmes caractères, elle forme de longs et gros bourgeons qui s'enfoncent dans le derme et qui correspondent en grande partie aux follicules pileux extrêmement épaissis. Les bourgeons sont nettement délimités du côté du derme mais leur orientation irrégulière fait qu'ils sont quelquefois décapités, formant des amas isolés. Les papilles qui séparent ces bourgeons sont, de leur côté, allongées et amincies ; elles arrivent assez près de la surface, et parfois obliques, forment des îlots vasculaires isolés dans la masse acanthosique. Les lésions s'atténuent peu à peu en s'éloignant du centre et sur les extrémités de la coupe on retrouve l'état normal avec l'épiderme très mince de la région.

Dans le derme, l'altération principale est constituée par une condensation du tissu fibreux s'étendant sur un espace assez restreint

entre le bord du cartilage et le nodule épithélial ci-dessus. Ce nodule dermique est formé de grosses fibres conjonctives beaucoup plus serrées que dans les parties voisines, mais se colorant normalement par tous les réactifs et contenant dans leurs interstices un très grand nombre de cellules fixes, fusiformes ou étoilées, mais peu ou pas de cellules rondes. Entre ce nodule fibreux assez mal délimité et l'épiderme se trouve une bande sous-épidermique d'une structure plus fine et plus lâche et comme œdématiée ; elle est constituée par un réticulum de fibres conjonctives très fines mais bien colorables et de nombreuses cellules fixes, volumineuses, étoilées et ramifiées. Dans cette partie seulement le tissu élastique a disparu. Cette zone œdématiée n'existe qu'à la partie centrale de la lésion, sur les côtés dans la zone de bourgeonnement épidermique, on retrouve un derme presque normal.

Le cartilage est séparé du nodule fibreux par une zone moins dense, riche en cellules conjonctives et comme pénétrée par le tissu cartilagineux ; il y a là une zone fibro-cartilagineuse qui présente un mélange des réactions colorantes de l'un et l'autre tissu.

Le tissu élastique ne présente pas d'altérations notables.

Les altérations des vaisseaux sont importantes, ils sont partout multipliés et dilatés, avec un endothélium gonflé et saillant et entourés d'une gaine d'infiltration cellulaire. Cette néoformation vasculaire est surtout marquée près de la surface.

Il n'y a pas d'infiltration lymphocytique, pas de cellules plasmatiques ni de mastzellen. Les lésions dermiques et épidermiques paraissent marcher de front et il est difficile d'arriver à des conclusions sur le point de départ.

Observation II

X..., 21 ans, interne des hôpitaux. Acné juvénile intense depuis l'âge de 14 ans. La maladie actuelle a débuté il y a six mois par une petite pustule siégeant sur le bord de l'hélix gauche ; cette pustule se rompt, laisse sourdre une goutte de pus et se couvre d'une croûte qui s'épaissit peu à peu. Les choses en restent là mais la croûte étant gênante, le malade l'arrache, ce qui découvre une érosion suintante entourée d'une collerette de squames blanchâtres. Et le processus continue : reproduction incessante et arrachement d'une croûte stratifiée. Le nodule est très douloureux à une pression dirigée perpendiculairement au cartilage mais on peut le pincer entre les doigts sans provoquer de douleur.

La lésion siège sur l'extrême bord du pavillon de l'oreille gauche, à la jonction des portions ascendante et horizontale de l'hélix, c'est une petite nodosité rouge violacé, du volume d'un grain de chènevis, au centre est une petite dépression à fond jaune verdâtre laissée par une croûtelle arrachée depuis deux jours. L'épiderme qui entoure la cupule est sillonné de fines rides rayonnantes, mais la peau du voisinage est saine.

Pas de traitement.

Observation III

Homme de 30 ans qui a remarqué depuis un an un petit bouton douloureux au pôle supérieur du pavillon de son oreille gauche ; il le traite par des applications de teinture d'iode et des pansements humides qui ne l'améliorent pas, et il abandonne tout traitement au bout d'une quinzaine de jours. Pas de douleur spontanée, seules les pressions sont douloureuses comme s'il s'agissait d'un corps étranger, aussi a-t-il pris l'habitude de dormir sur le côté opposé. Pendant tout ce temps des poussées inflammatoires avec congestion locale et sensibilité plus grande alternent avec des périodes de pâleur et de tolérance relative.

Sur le bord de l'hélix gauche à l'union de sa portion ascendante et de sa portion horizontale, est un petit nodule arrondi, gros comme un grain de chènevis, pâle, légèrement surélevé, entouré d'une auréole rosée. Le centre de la lésion est occupé par une minime dépression à fond jaunâtre et squameux. Au toucher la lésion est ferme et vivement douloureuse. Aucun antécédent local ; rien à signaler sur l'autre oreille.

Examen microscopique. — Comme dans le premier cas, les lésions portent à la fois sur l'épiderme et le derme, mais elles paraissent beaucoup plus prononcées.

Epiderme. — Au centre de la lésion se trouve un nodule épidermique nettement délimité. A sa surface est un amas très épais de tissu corné parakératosique formé de cellules ayant conservé leur noyau. La couche granuleuse a complètement disparu et la couche muqueuse très épaisse est constituée par des cellules volumineuses, œdématiées, à noyau ratatiné, quelquefois pycnotique ; quelques-unes sont devenues globuleuses et claires par dilatation de l'espace périnucléaire. A la partie profonde elles sont même nécrosées et indistinctes, sans infiltration notable de cellules migratrices.

Tout autour de cette lésion centrale est une zone dégradée vers la périphérie où l'épiderme est épaissi dans toutes ses couches, avec des bourgeons épidermiques interpapillaires allongés, mais du reste d'une structure normale.

Derme. — Au nodule épidermique correspond dans le derme une véritable cavité bien limitée mais virtuelle qui s'enfonce comme un clou dans la profondeur où elle atteint le périchondre ; elle contient une masse amorphe, réticulée, probablement fibrineuse, colorée en violet par l'hématéine et contenant dans ses mailles des polynucléaires plus ou moins dégénérés. Elle est limitée en haut par l'épiderme dégénéré, en bas par du tissu conjonctif homogénéisé ou même nécrosé, surtout sur la pointe du clou. Cette cavité est entourée par un nodule dermique à limites assez nettes formé par une infiltration de cellules fixes, volumineuses, à gros noyaux, à protoplasma assez abondant, anguleuses ou fusiformes, séparées par une faible quantité de tissu collagène, se colorant mal par la fuchsine acide et sans trace

de tissu élastique. On y trouve un très grand nombre de capillaires dilatés à endothélium gonflé donnant parfois un aspect angiomateux.

Ce nodule inflammatoire atteint d'une part le périchondre qui ne paraît pas altéré et d'autre part arrive au contact de l'épiderme qui est seulement épaissi dans toutes ses couches. Autour de ce nodule inflammatoire le derme ne présente que quelques traînées d'infiltration cellulaire.

Observation IV

H..., 28 ans, marchand de bois, en traitement pour une pelade décalvante, porte, depuis deux ans environ, un petit nodule sur le pavillon de l'oreille droite qui n'a guère changé de volume ou de forme depuis le début.

Ce nodule siège sur la partie la plus élevée du pavillon de l'oreille droite, sur le bord réfléchi de l'ourlet ; par conséquent il correspond au bord tranchant du cartilage. Il paraît avoir le volume d'un petit grain de chènevis, c'est-à-dire 2 ou 3 millimètres de diamètre. Il est nettement dur, mal limité et mobile sur le cartilage ; il faut noter qu'en ce point la mobilité de la peau normale est restreinte. Il est enchâssé dans la peau et fait corps avec elle tout en faisant un léger relief à la surface. La couleur de la peau est tout à fait normale, mais quand on tend la peau à sa surface elle pâlit comme sur les saillies cartilagineuses normales. Le sommet est occupé par un ombilic, large de 1 millimètre rempli par une masse cornée qui s'étale sur le voisinage en une petite lamelle ; cette squame est très adhérente et le malade l'arrache quelquefois avec les ongles, mais il n'en résulte ni hémorragie ni suppuration. Il n'a jamais observé de poussées inflammatoires.

Le nodule est un peu douloureux quand il appuie la tête sur l'oreiller, de sorte qu'il se couche habituellement sur le côté opposé ou bien s'arrange pour que l'oreille ne porte pas. Cependant la tumeur est tout à fait indolente à la palpation soit directe, soit latérale.

Le malade a eu des engelures aux deux oreilles et croit pouvoir leur attribuer sa lésion.

Observation V

H..., armateur, était porteur depuis plusieurs années d'un nodule douloureux situé à la partie la plus élevée de l'hélix droit. L'excision pratiquée il y a un peu plus d'un an dépassa très largement les limites de la lésion, elle a cependant récidivé depuis six mois.

Le bord supérieur de l'hélix droit est fortement échancré par la cicatrice de l'excision qui forme un croissant dont la corne antérieure porte un nodule gros comme un petit pois, blanc jaunâtre, desquamant au centre et douloureux à la pression. Par moments, il se pro-

duit des poussées congestives qui augmentent la sensibilité ; le malade y fait alors des pansements humides qui le soulagent mais il se refuse à toute nouvelle intervention.

Observation VI

H..., médecin, 60 ans environ, a remarqué depuis 24 ans sur le pôle supérieur de l'oreille droite un petit nodule apparu sans cause connue. Traité alors par l'ignipuncture qui le fit disparaître momentanément, il se reproduisit au même endroit avec les mêmes caractères. Il n'est pas douloureux spontanément, mais les pressions quelles qu'elles soient et notamment celle de la tête sur l'oreiller, produisent une sensation agaçante, comparable à celle d'un cor ou d'un durillon. De temps en temps, il se détache avec difficulté par le grattage une petite écaille très adhérente qui laisse au jour une petite cupule sans suintement ni hémorragie ; cette ablation donne un soulagement complet jusqu'à ce que la squame en se reproduisant, ramène les phénomènes douloureux.

Le bord libre de l'hélix droit porte à la jonction de sa partie horizontale et de sa partie descendante, sur le bord cartilagineux de la portion la plus élevée de l'ourlet, un petit nodule gros comme un grain de mil, faiblement saillant et enchâssé dans la peau, blanchâtre au centre qui est squameux, rose à son pourtour, de consistance dure et nettement douloureux à la pression qui s'exerce directement sur le cartilage.

Les caractères de cette affection sont très nets et remarquablement constants.

Le nodule siège toujours à la partie supérieure du pavillon de l'oreille sur le bord de l'ourlet s'il existe ou sur la circonférence du pavillon si l'ourlet n'existe pas, mais correspond toujours au bord libre du cartilage.

La lésion est généralement unique cependant dans trois observations on en signale deux symétriquement placées.

La maladie est constituée par un petit nodule arrondi ou ovalaire de 3 à 4 ou 5 millimètres de diamètre, dur et enchâssé dans la peau où il donne l'impression d'un grain de plomb. Il fait peu de relief, sa surface est blanchâtre, pâle, pâlissant encore quand on tend la peau, quelquefois auréolé de rose. Il fait corps avec le derme ; au début il est mobile sur le cartilage mais ne tarde pas à lui adhérer.

Le sommet est surmonté d'une squame arrondie assez épaisse et adhérente au centre et que le malade est toujours porté à arracher. On voit alors une dépression infundibuliforme dans laquelle s'enfonce la squame comme la racine d'un cor.

La douleur à la pression est un caractère constant. Elle est très rarement spontanée et seulement dans le cas de complications inflammatoires. On ne la provoque guère par la pression latérale, quand on saisit le nodule entre deux doigts en le soulevant, mais elle est constante par la pression directe qui applique le nodule sur le cartilage. On comprend donc qu'elle soit toujours provoquée par le poids de la tête pressant l'oreille contre l'oreiller. C'est là un phénomène qui ne manque jamais et le seul qui soit remarqué par les malades.

Quelquefois surviennent des poussées congestives intermittentes qui portent les malades à tourmenter leur nodule par le grattage. Ils arrachent la squame centrale ou la croûte, découvrant une étroite cavité en entonnoir qui suinte, saigne ou suppure et qui se comble par une croûte ou une squame qui est de nouveau arrachée, car cet arrachement produit un soulagement momentané.

C'est dans ces conditions que le nodule peut être spontanément douloureux, donnant la sensation d'une épine. Peu à peu, le nodule devient ainsi adhérent au cartilage.

Une fois constitué le nodule douloureux de l'oreille dure indéfiniment. Il est possible qu'il y ait des guérisons spontanées, mais nous n'en avons trouvé qu'un cas. En revanche nous en connaissons un, chez un médecin, qui, traité par l'un de nous il y a 24 ans, dure encore.

Les lésions atteignent l'épiderme, le derme et même le cartilage. L'épiderme présente une augmentation de toutes ses couches qui atteint son maximum au centre où se fait un nodule corné qui s'enfonce comme un cor. Au-dessous la couche granuleuse est épaisse et chargée de kératohyaline ; la couche épineuse est épaisse mais du reste normale, avec des bourgeons interpapillaires très développés. Toutes ces altérations atteignent leur maximum au centre et vont en diminuant à la périphérie.

Dans le derme, le milieu de la lésion est occupé par un nodule de condensation fibreuse avec des fibres conjonctives grosses et serrées et peu de tissu élastique, contenant dans leurs interstices un grand nombre de cellules fines, rameuses ou fusiformes. Ce nodule fibreux est très souvent creusé d'une cavité virtuelle irrégulièrement ramifiée, s'étendant de l'épiderme au périchondre, limitée par le tissu conjonctif et contenant de la fibrine et quelques polynucléaires. Les vaisseaux sont augmentés

de nombre et de volume au point de donner une apparence angiomateuse en certains points. Tout autour du nodule fibreux central les lésions d'œdème et d'inflammation subaiguë vont en se dégradant vers la périphérie.

Le cartilage est en rapport par son extrême bord avec le nodule dermique et le périchondre, en cet endroit, présente une infiltration cellulaire très marquée, voire de la nécrose du tissu fibreux et de la dégénérescence hyaline du cartilage.

Cette petite lésion, si peu importante en apparence, est cependant assez difficile à guérir. Les rayons X, la congélation, l'ignipuncture ont donné quelques succès et plus encore d'échecs. L'excision pure et simple suivie de suture est ce qui donne les meilleurs résultats et cependant il y a des cas de récidive sur le bord de la cicatrice, la récidive offrant exactement les mêmes caractères que la lésion primitive et n'ayant pas plus de tendance à grandir (Obs. V). Dans le cas de Roxburgh il y eut deux nodules de récidive un de chaque côté de la cicatrice.

1er mars 1928.

SUR LA DENT D'HUTCHINSON SES ASSOCIATIONS ET SA PATHOGÉNIE

Par Ch. AUDRY (Toulouse).

Fréquence. — On dit communément que la dent d'Hutchinson est rare, très rare même. Tel n'est pas mon avis : je ne peux pas considérer comme très rare une lésion dont j'ai rencontré assurément 25 ou 30 cas : à s'en tenir aux stigmates hérédo-syphilitiques qu'on rencontre chez les adultes, on peut la considérer comme une des plus fréquente, si l'on fait abstraction des autres altérations dentaires. La dent d'Hutchinson est plus commune que la labyrinthite hérédo-syphilitique ; au moins aussi commune que la kératite interstitielle.

Spécificité. — Beaucoup de gens admettent que la dent d'Hutchinson est rigoureusement spécifique. Personnellement, j'ai toujours partagé cette manière de voir et je peux affirmer que tous mes malades étaient hérédo-syphilitiques ; mais, chez l'adulte au moins, l'absence de la Réaction de Wassermann n'a aucune valeur ; il faut s'informer des antécédents, bien examiner les porteurs. L'enquête ou l'examen m'ont, comme à bien d'autres, toujours fourni des résultats positifs non douteux. Cependant, un assez grand nombre d'observateurs, en des pays très variés (France, Allemagne, Japon, etc.) affirment qu'ils ont rencontré la dent d'Hutchinson en dehors des syphilitiques.

Cette opinion vient surtout, mais non toujours, des odontologistes, et ils procèdent trop souvent par affirmations, et non par bonnes observations. Mais l'opinion d'Hochsinger, par exemple, a trop de valeur pour qu'on nie purement et simplement l'existence de dents d'Hutchinson non syphilitiques. Nous devons donc admettre que *pratiquement*, la dent d'Hutchinson est hérédo-syphilitique ; mais que, *exactement parlant*, elle peut être déterminée par d'autres causes. Si rares que soient les exemples certains de cette dernière variété, nous n'avons pas le droit de les

nier, et cette donnée en modifie profondément les conceptions pathogéniques antérieures.

La triade. — La triade d'Hutchinson n'existe pas : je veux dire par là qu'elle ne se réalise que très exceptionnellement. J'ai déjà dit que la labyrinthite m'avait toujours paru bien plus rare que les deux autres manifestations. C'est à peine si j'ai vu trois fois la triade complète. Au contraire, les altérations si particulières du tibia, sous leurs différents aspects se rencontrent beaucoup plus fréquement. Si l'on tenait à reconstituer une triade (ce qui est passablement inexact, et plus nuisible qu'utile) il faudrait substituer l'ostéite du tibia à la labyrinthite, etc. En réalité, ce ne sont que des coïncidences et non des associations (1).

Associations. — Les associations de beaucoup les plus importantes, les plus nombreuses, celles-là seules qui nous arrêteront ici, sont les *associations locales*, je veux dire les altérations maxillo-dentaires.

Il existe assurément un petit nombre de cas où la dent d'Hutchinson, double ou unilatérale, se trouve toute seule dans des mandibules par ailleurs normales ; mais très souvent, elle est associée à d'autres anomalies des dents, ou de l'arc maxillaire supérieur.

En voici du reste un exemple remarquable.

F. S..., est une fille de 30 ans, paysanne ; elle a son père, sa mère et 2 sœurs aînées vivantes et, paraît-il, bien portantes. Nous n'avons pu voir que la mère, saine en apparence, mais qui présente une réaction de Wassermann nettement positive. Elle même a eu une enfance maladive à bronchites nombreuses ; entre 6 et 8 ans, lésions ulcéro-croûteuses de la peau qui ont laissé quelques cicatrices disséminées après avoir persisté pendant plusieurs mois ; à la même époque, lésions oculaires qui ont guéri sans laisser de traces. Bien réglée depuis l'âge de 16 ans. Elle est petite, mais normale au point de vue intellectuel. Les poumons, le cœur, l'appareil digestif paraissent sains. Tension 13-8. Pas d'albumine dans les urines. Scoliose légère. Large cicatrice (comme la paume de la main) sur la partie antéro-inférieure du bras droit, une autre cicatrice au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Il en existe une troisième sur le sein droit, mais celle-ci est attribuée à une brûlure.

Depuis 2 mois, la malade se plaint de douleurs dans les 2 jambes : douleurs continues avec exacerbation nocturne. L'examen clinique et la radiographie montrent l'existence d'une ostéo-périostite occupant le tiers supérieur des 2 tibias. La réaction de Wassermann est fortement positive. Ajoutons que le traitement spécifique fit rapidement

(1) C'est l'opinion aussi d'Ehlers.

disparaître les douleurs et réduisit l'ostéo-périostite à une hyperostose définitive modérée et indolente.

Le maxillaire inférieur est normal dans sa forme ; toutes les dents en sont finement crénelées et présentent un amincissement notable de l'émail du bord libre, sans autres altérations.

Mâchoire supérieure : outre une carie des 1re, 2e et 3e molaires gauches et de la 3e molaire droite, on constate ce qui suit :

La voûte palatine est fortement ogivale, sans cicatrices. Les molaires qui persistent n'offrent aucune anomalie morphologique ; point de tubercule de Carabelli. La canine droite est à peu près à sa place, plutôt petite, un peu trop cônique. La canine gauche est implantée et projetée en avant de l'arcade dentaire, dirigée en avant, un peu en haut, et son extrémité libre présente une érosion circulaire très accusée.

L'incisive latérale gauche est petite, étroite, refoulée en arrière, un peu en dedans. L'incisive latérale droite, de même, mais bien davantage, beaucoup plus en dedans, presque derrière la médiane droite, laquelle touche la canine droite ; au contraire, à gauche, l'espace gin-



Fig. 1.

gival entre la médiane gauche et la prémolaire est vide, la canine étant, comme on l'a vu, reportée en avant et l'incisive latérale de ce côté, reportée en arrière.

Les deux incisives médianes sont des « Hutchinson » typiques avec leur encoche, leur forme ovalaire, leur obliquité interne (plus accusée à gauche), leur écartement à la base.

La radiographie de la région ne montre aucune lésion osseuse. Un dentiste qui a vu la malade estime que les 2 incisives latérales sont en réalité des dents de lait qui ne sont pas tombées, mais que n'accompagne aucun bourgeon de remplacement (La malade ne peut donner à ce sujet aucun renseignement).

En résumé, il s'agit tout simplement d'une hérédo-syphilitique qui porte des dents d'Hutchinson associées à des malformations et surtout à des implantations vicieuses désordonnées, et une voûte palatine fortement ogivale.

Tout cela n'offre rien de bien nouveau, mais nous conduit à

examiner nos connaissances actuelles sur la pathogénie de ces malformations.

Avant tout, il faut se souvenir que le syndrome dit dent d'Hutchinson est beaucoup moins précis qu'on ne le pense souvent : d'abord, il apparaît comme à peu près établi que la déformation caractéristique peut frapper les dents de la première dentition ; en second lieu, j'ai montré autrefois qu'il existe des dents d'Hutchinson unilatérales.

Enfin, ne perdons pas de vue le fait que l'agénésie des incisives supérieures latérales offre une signification et une valeur à peu près semblable et égale à celle de la déformation d'Hutchinson.

Enfin, les déformations de la voûte palatine et les implantations vicieuses dont notre observation n'est qu'un exemple entre d'autres permettent de croire que toutes ces anomalies ont une origine et une valeur communes.

L'altération dentaire est donc d'un ordre très général : seule la localisation au segment incisif lui confère une individualité ; cette individualité, réelle, n'est d'ailleurs que relative puisque d'autres altérations dentaires peuvent être engendrées par l'hérédité syphilitique simultanément ; — ou à part.

On ne peut songer à chercher dans les éléments embryologiques générateurs de l'émail, ectodermiques, le point de départ de la difformité. L'émail est passif ; et du reste, les altérations de l'émail manquent dans la dent d'Hutchinson ; elles sont au contraire bien plus fréquentes dans d'autres difformités dentaires qui peuvent être d'origine hérédo-syphilitique, mais qui sont affectées d'une spécificité beaucoup moins rigoureuse encore que celle de la dent d'Hutchinson.

Il est exact de croire qu'il s'agit d'une anomalie de la calcification ; mais cette anomalie est tardive, secondaire. Vraisemblablement, le vice de développement initial se manifeste avant même la 5e ou 6e semaine, avant l'apparition des germes dentaires et frappe toute la zone mésodermique correspondant au centre de la face, avant toute différenciation. C'est pourquoi les auteurs qui se sont occupés de la syphilis inter-incisive n'ont pas eu l'occasion de décrire les altérations dentaires qui doivent en être séparées.

Le fait rare, mais à peu près certain, que la dent d'Hutchinson peut se rencontrer en dehors de la syphilis suffit pour anéantir l'hypothèse d'une action locale du spirochète spécifique.

Mais il faut aussi se demander si du même coup l'origine

endocrinienne (glandules parathyroïdiennes, etc.) n'éprouve pas le même sort. En tous cas, il devient impossible d'admettre une action locale constante du spirochète sur les endocrines qui commanderaient la genèse dentaire.

Nous nous trouvons acculés à la question de l'hérédité syphilitique elle-même. Qu'il y ait une hérédité spirochétique, parasitaire, cela ne fait pas de doute et ne souffre pas de discussion. Mais nous voilà peut-être ramenés à la réalité d'une hérédité génétique, germinative, authentique, analogue à celle d'une monstruosité, telle qu'elle s'exerce dès les premiers jours, peut-être dès les premières heures de la vie de l'embryon.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes autorisés à supposer que : *la dent d'Hutchinson a pour origine un vice de développement de la zone mésodermique correspondant aux bourgeons qui ferment en son milieu l'arc mandibulaire supérieur. Ce vice s'exerce à une époque très précoce, antérieurement à la 5e semaine de la vie intra-utérine, et probablement beaucoup plus tôt. Il est très improbable qu'il relève de l'action locale du spirochète ; il n'est pas impossible, mais il est douteux qu'il soit déterminé par une anomalie endocrinienne. Il est permis de se demander si la lésion originelle n'est pas germinative, génétique, extrêmement précoce, contemporaine des premières ébauches du futur arc mandibulaire, peut-être encore plus précoce.*

En tous cas, la question est soluble : il faudrait pouvoir examiner des embryons très jeunes, des œufs mêmes hérédo-syphilitiques, sur de bonnes coupes en séries. C'est dans l'étude de l'embryologie pathologique la plus précoce que se trouve la clef du problème.

BIBLIOGRAPHIE

Cf. surtout le chapitre de Kranz : *Handbuch der Haut- und Geschlechts Krankeiten* (de Jadassohn), t. XIX, pp. 240-270, 1927. On y trouvera tous les renseignements nécessaires, et en particulier l'exposé des travaux de Buschke et de ses élèves dont les idées émises ci-dessus se rapprochent souvent. Kranz donne en outre une bibliographie considérable, il y faut joindre l'indication de la thèse de Moser (Paris, 1921) ; le travail de Ledo : Agenesia de los incisivos laterales superiores : *Actas dermato-syphiligraphicas*, 1927, t. XXIV, n° 1, p. 9. On corrigera les travaux de Felber sur l'embryologie de la région par la thèse de Cadenat (Toulouse, 1924). *Sur l'embryogénie et la pathogénie du bec-de-lièvre.*
— A ces sources, on trouvera toutes les indications nécessaires.

TRICHOPHYTIES ATYPIQUES DE LA PEAU GLABRE DUES AU TR. VIOLACEUM

Par M. G. MGUEBROW,

Chef des services dermatologique et de la syphilis infantile
à l'Institut dermato-vénéréologique « Glawtsche » de l'Etat de l'Ukraine à Odessa.

J'ai eu l'occasion d'observer, au cours de ces dernières années, toute une série de lésions teigneuses de la peau glabre, à évolution atypique, occasionnées par le *Tr. violaceum*.

En 1924, j'ai diagnostiqué la trichophytie de l'épiderme des jambes dans un cas où l'affection existait depuis nombre d'années et avait été prise pour un eczéma sec chronique. Nous avons rencontré dans la suite, et de plus en plus fréquemment, des lésions teigneuses de même nature, parfois presque généralisées.

J'en rapporterai quelques observations :

Observation I (1).

Malade M..., 18 ans, Russe, domestique. Se considère comme malade depuis deux ans environ. Son affection a débuté par l'apparition de taches desquamantes sur la face palmaire et sur la face dorsale du poignet de la main gauche. Deux semaines après, deux plaques squameuses ont surgi sur la face externe de la jambe gauche et sur la région de l'articulation du genou. Un an après, la malade a remarqué la déformation des ongles. Elle ne soupçonnait pas l'affection du cuir chevelu. L'éruption est accompagnée de prurit léger. Les lésions de l'épiderme occupent les deux tiers de la surface externe de la jambe

(1) Cette malade a été présentée par M. le docteur Landa au cours de la séance du 28 avril 1926 de la Société de Dermatologie d'Odessa.

gauche, la région de l'articulation du genou, le dos de la main, à la base de l'index et du cinquième doigt.

La peau de la partie externe de la jambe gauche, aux deux tiers de la partie inférieure, présente un aspect érythémateux, une teinte livide et porte des traces d'infiltration ; elle est couverte, sur quelques points, de squames fines, de type lamellifère, se détachant facilement au grattage.

Le passage de la peau contaminée à la peau intacte s'effectue d'une manière insensible, sans limites bien accusées. Des éléments isolés papuleux et maculeux, de forme ronde irrégulière, ayant les dimensions d'une lentille, sont disséminés sur le fond de la peau contaminée. Ces éléments ont une coloration plus intense ; ils sont d'un rouge foncé et d'une teinte livide. Les uns accusent le caractère de taches, d'autres sont légèrement infiltrés, se détachant en relief sur la peau. Ces éléments desquament légèrement par places. Les squames lamellaires se détachent facilement.

Dans la région de l'articulation du genou gauche, on constate la présence de lésions de même caractère, et qui ont pour centre la rotule. Les éléments papuleux en cet endroit sont sensiblement plus abondants que sur la jambe.

Deux plaques nummulaires, atteignant les dimensions de pièces de 1 franc et de 2 francs en argent, siègent sur la face dorsale de la main gauche, à la base de l'index et du cinquième doigt, elles ont l'aspect de disques régulièrement infiltrés, rouge foncé et de teinte livide, formant saillie sur la peau intacte. Elles desquament par places en poussière de son. Les ongles de l'index et du médius de la main gauche sont ternes, sillonnés et bosselés, friables, ébréchés et fendus à leur bord libre. Des plaquettes érythémato-squameuses, avec des débris de cheveux, présentant un aspect punctiforme, sont disséminées sur le cuir chevelu. Débris de cheveux dans les squames. L'examen a montré un *Tr. endothrix*. Dans les squames, prélevées sur les lésions de la peau et dans la poussière d'ongles, la présence d'éléments mycéliens est constatée. La culture a donné le *Tr. violaceum*. L'ensemencement du sang sur éléments de trichophyton a donné un résultat négatif.

Examen général du sang :

Erythrocytes, 4.002.000 ; leucocytes, 7.000 ; hémoglobine, 75 o/o ; basoph., o ; éosinoph., 5 ; myélocytes, o ; jeunes, 2 ; bacillaires, 1 ; segmentés, 63 ; lymphocytes, 26 : Monocytes, 3.

Pas d'augmentation des ganglions lymphatiques.

Observation II

M. R..., 19 ans, Israélite, domestique. Se considère comme malade depuis 2 ans. Au début de l'affection des taches, légèrement desquamantes, surgirent sur la face externe de la jambe, dans sa partie inférieure ; elles envahirent ensuite toute la jambe et la surface interne des cuisses. Le malade remarqua en même temps une déformation des ongles des mains et des pieds.

6 mois après, des plaques surgirent sur le nez.

L'éruption occupe la surface totale des jambes (régions antérieure et postérieure), la région des articulations des genoux (fig. 1), la surface interne des cuisses, des avant-bras et des épaules, en particulier les plis intérieurs des articulations.

Toutes ces régions sont érythémateuses et faiblement infiltrées, elles accusent de la desquamation légère en fines lamelles. Par endroits apparaissent des îlots d'épiderme intact. Sur ce fond érythémateux et par endroits sur la peau intacte sont disséminées de nombreuses plaquettes, qui sont rondes ou ovalaires, allant de la grandeur d'un pois à une piécette de 25 centimes en argent ; elles sont légèrement sur-élevées au-dessus de la surface de la peau. En certains points, leur coloration est d'un rouge vif, en d'autres, d'un rouge foncé ; elles accusent de l'infiltration et de l'exsudation. La majorité des plaques a une coloration uniforme ; quelques-unes, légèrement déprimées au centre, sont d'une couleur plus pâle et bordées d'un ourlet en forme de croissant ou d'un anneau incomplet rouge foncé, où apparaissent, en certains points, de minimes papules vésiculeuses. Quelques-unes de ces plaques présentent des traces de desquamation légère et le plus souvent partielle.

Une plaque typique de trichophytie se trouve à l'extrémité du nez ; elle a les dimensions d'une pièce de 1 franc ; elle est nummulaire, érythémato-squameuse, ourlée d'un croissant formé de papules vésiculeuses abortives ; on constate aussi la présence de papules de ce genre sur tout le fond de la plaque. Le cuir chevelu, sur toute son étendue, est couvert de squames ayant l'aspect de poussière de son, se détachant facilement au grattage ; on y constate la présence de cheveux recroquevillés en Z, S, V, W ; on remarque des points noirs isolés au milieu des cheveux sains. Pas de véritables régions alopéciques. Tous les ongles des extrémités supérieures et inférieures sont ternes, bosselés, irrégulièrement fissurés et s'émiettent sur le bord libre. La présence d'éléments du trichophyton a été constatée dans la poussière d'ongles, les débris de cheveux et les squames prélevées sur la peau glabre.

Culture *Tr. violaceum*. L'ensemencement du sang sur éléments de trichophyton a donné un résultat négatif.

Analyse générale du sang :

Erythrocytes, 4.740.000 ; leucocytes, 15.800 ; hémoglobine, 90 o/o ; basoph., o ; éosin, 8, myél., o ; jeunes, o ; bacillaires, 5 ; segmentés, 57 ; lympho, 19 ; Mono, 11.



Fig. 1.

Observation III

Malade K. C..., 17 ans, Russe, domestique.

Se considère comme malade depuis un an. Des taches, accompagnées de léger prurit, ont surgi dans la région de l'articulation du genou gauche ; des taches de même aspect ont apparu plus tard sur la face externe de la jambe gauche et, il y a deux semaines, sur le pli de l'avant-bras gauche.

Actuellement (fig. 2) toute la surface externe de la jambe gauche dans sa partie antérieure, la région de l'articulation du genou gauche, les faces externe et interne de la cuisse gauche, présentent un aspect érythémateux. Ces régions sont légèrement infiltrées et couvertes de squames argentées, en plaquettes irrégulièrement disséminées et se détachant facilement. Les contours des lésions sont nettement séparés de la peau intacte et sont festonnés.

De petites papules semblables à celles qui ont été constatées dans la première observation se détachent sur l'épiderme contaminé.

Sur le dos et le pli de l'avant-bras gauche, présence de deux plaques érythémato-squameuses, une ronde, l'autre ovale, de dimensions atteignant la dimension d'une pièce de 5 francs. Les plaques ont une périphérie d'une coloration plus intense, avec desquamation ayant l'aspect de poussière de son. Pas de vésicules ni de vésico-pustules.

Lésions unguéales de l'index et du 5e doigt.

Plusieurs foyers érythémato-squameux avec poils cassés sur le cuir chevelu.

Examen du sang : érythrocytes, 3.700.000 ; blancs, 14.000 ; hémoglobine, 85 o/o ; basophiles, o ; éosinoph., o ; myélocytes, o ; jeunes 2 ; bacillaires, 4 ; lymphocytes, 10 ; monocytes, 2.

Ensemencement du sang négatif.

Dans la poussière d'ongles, les débris de cheveux et les squames, prélevées sur la peau glabre on constate la présence d'éléments de trychophyton. Culture : *Tr. violaceum*.



Fig. 2.

Observation IV

A. B..., âgé de 23 ans. Se considère comme malade depuis six ans. L'affection a débuté par une macule rouge sur la jambe droite. Actuellement (fig. 3, 4, 5) l'éruption occupe les deux faces plantaires, le dos des pieds, la face postérieure et antérieure des jambes, les genoux et les creux poplités, le tiers bas de la cuisse, les deux fesses symétriquement, la face palmaire et le dos des mains et la face externe des articulations des membres supérieurs. L'éruption présente des surfaces érythémateu-

ses étendues ; un peu livides aux membres inférieurs. Toutes ces régions sont faiblement infiltrées et accusent de la desquamation légère en



Fig. 3.

poussière et en fines lamelles. Sur ce fond érythémateux se voient de nombreuses plaques squameuses, de la dimension de dix à cinquante

centimes. Les squames se déposent sur les plaques en sortes de cercles et demi-cercles et se détachent facilement en lamelles. La face palmaire et plantaire, le dos des mains et des pieds sont infiltrés, éry-



Fig. 4.

thémateux et desquament par places. Une bordure de l'épiderme desquamant entoure la région atteinte. Tous les ongles des mains et des pieds sont troubles, courbés en surface et émiettés. Le cuir chevelu est semé de plaques érythémato-squameuses avec cheveux cassés, d'aspect punctiforme. Présence constatée d'éléments de trichophyton

dans les squames prélevées sur la peau glabre, dans la poussière des ongles et dans les débris des cheveux. Culture : *Tr. violaceum.*



Fig. 5.

OBSERVATION V (1)

La malade O. E..., 23 ans, est peseuse à la fabrique de jute. Nutrition affaiblie. La peau et les muqueuses sont pâles. Tuberculose pulmonaire. Tableau morphologique du sang normal.

La malade déclare que son affection date de 5 ans. Elle a débuté par une tache rouge de petites dimensions à la jambe gauche ; cette tache a pris une extension telle qu'en 2 ans l'éruption a envahi les jambes, le tronc et a atteint les ongles.

Trichophytie typique du cuir chevelu et des ongles des mains et des pieds. La dermatose couvre les surfaces plantaires, les articulations tibio-tarsiennes, la surface postérieure des jambes, les jarrets, toute la cuisse gauche, une partie considérable de la cuisse droite. Les régions fessières sont envahies symétriquement, de même que les surfaces palmaires et les plis de toutes les articulations des extrémités supérieures. Par contre, les régions génito-crurales, inguinales et la région de l'aisselle, qui sont les sièges d'élection de l'érythrasma et de l'eczéma marginé sont absolument indemnes de toute lésion.

L'éruption, dans sa majeure étendue, a l'aspect confluent et se pré-

(1) Cette malade a été présentée par M. le docteur D. E. Khodorow au cours de la séance du 28 juin 1926 de la Société de Dermatologie d'Odessa.

sente sous forme de placards rouges, ininterrompus, avec desquamation légère. Les fines squames argentées, qui se trouvent à leur surface, se détachent facilement au grattage. Sur les surfaces palmaires et plantaires l'épiderme desquame et ourle des ilôts de peau rose, de forme ovalaire, qui, par endroits, confluent, formant des figures polycycliques. La peau des surfaces palmaires et plantaires est légèrement infiltrée.

Eléments de trichophyton constaté dans les cheveux, les ongles et les squames. Culture : *Tr. violaceum.*

Observation VI

F. S..., âgée de 23 ans, institutrice, considère être malade depuis 10 ans. Selon la malade la maladie débuta par l'éruption des ongles

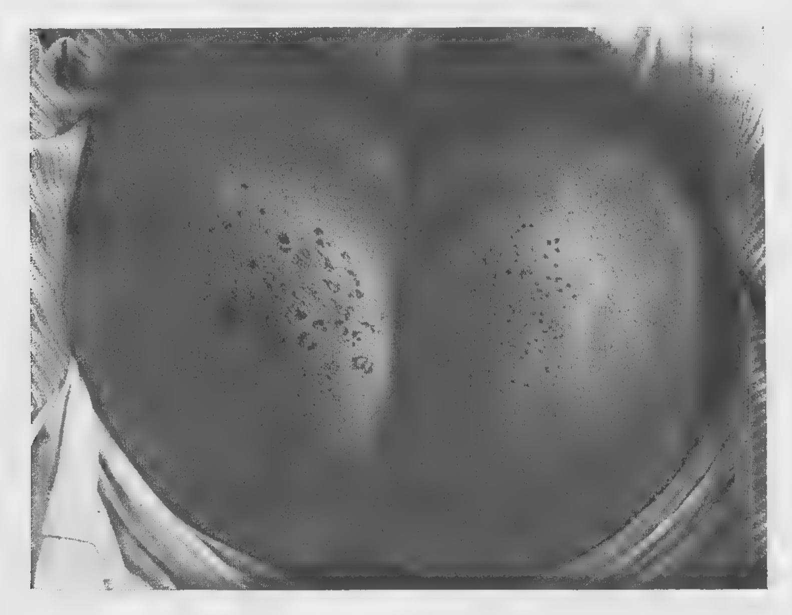


Fig. 6.

des mains, 7 ans auparavant. Sur le genou droit et le cuir chevelu apparut une éruption qu'on traita comme psoriasis par l'arsenic. Actuellement sur la surface postérieure des avant-bras et sur le dos des mains sont disséminées des plaques érythémateuses et érythémato-squameuses confluentes par endroits. Quelques-unes de ces plaques sont infiltrées. Les deux fesses sont érythémateuses avec contours nets (fig. 6).

Sur ce fond érythémateux se voient des plaques papuleuses rouge sombre. La plupart de ces plaques est disposée dans la partie centrale des fesses, surtout sur la fesse droite. La plus grande quantité de ces

éléments est squameuse. Les squames se déposent en cercles et demi-cercles et se détachent facilement par des minces lamelles. Au grattage ultérieure on ne voit pas apparaître la pellicule terminale et on ne constate pas d'hémorragie pointillée : lorsque la squame a été enlevée un suintement de sérum se montrait, puis une hémorragie diffuse. La peau du genou droit (fig. 7) est érythémateuse, légèrement infiltrée, avec des contours nets ; au centre de l'éruption on voit des éléments papulo-squameux semblables aux éléments disposés sur les fesses.

Sur la face dorsale des jambes sont disséminées quelques plaques papulo-squameuses de grandeur différente. Les ongles du médius et de l'auriculaire de la main droite et les ongles du pouce, de l'index et du médius de la main gauche sont courbés et émiettés. Au cuir chevelu sont disséminées des plaques érythémato-squameuses ; dans les squames on trouve des débris de cheveux en forme de Z, S, V, W, dans lesquelles on observe le *Tr. endothrix.* Dans la poussière des ongles et dans les squames de l'éruption de la peau glabre on trouve



Fig. 7.

la présence de mycélium. Culture : *Tr. violaceum.* L'ensemencement du sang a donné un résultat négatif. L'examen général du sang : Hb, 90 o/o ; leucocytes, 4.600 ; bas., 0 ; éos., 7 ; myél., 0 ; jeunes, 6 ; bacil., 8 ; segm., 37 ; lympho, 39 ; mono, 3.

Observation VII

V. Z..., âgée de 22 ans, Russe.
Considère être malade depuis deux ans. Au dos de la main gauche



Fig. 8.



Fig. 9.

et des doigts on observe des plaques rouges, livides, infiltrées, à peine squameuses de grandeur de 25 centimes à 1 franc. qui se confluent

par places. Au dos de la main droite on n'aperçoit qu'une plaque érythémato-squameuse, ronde, de dimension de 25 centimes. Les deux genoux sont érythémateux à bords nets (fig. 8) et à tendance squameuse. Sur ce fond érythémateux se voient des éléments infiltrés, colorés rouge foncé et squameux, parfois en cercles et demi-cercles. Quelques-uns de ces éléments ont un caractère papuleux net. On n'observe pas de vésicules. Sur la peau du coude gauche, de la malléole gauche et de la face externe du pied (fig. 9) on observe des éléments maculeux et papuleux, érythémato-squameux, psoriasiformes, mais sans pellicule terminale ni hémorragie pointillée. Sur le tronc du côté gauche on aperçoit une plaque ronde de la trichophytie typique avec des vésicules à la périphérie de la plaque et avec le centre guérissant. Les ongles du pouce, du médius, de l'auriculaire et de l'annulaire sont ternes, sillonnés, bosselés, friables et se détachent du lit à leur bord libre. Des taches érythémato-squameuses, criblées de points noirs avec des débris de cheveux, présentant un aspect punctiforme ou recroquevillés en forme de Z, V, W, sont disséminées sur le cuir chevelu. L'examen des débris des cheveux montre le *Tr. endothrix.* Dans les squames prélevées sur les lésions de la peau et dans la poussière des ongles on constate la présence d'éléments mycéliens. La culture a donné du *Tr. violaceum.*

Observation VIII

Malade V..., 20 ans, Israélite, couturière, n'est malade, d'après sa déclaration, que depuis quelques jours, a toujours souffert de lésions unguéales. Lésion de la région fessière gauche, atteignant les dimensions de la paume de la main, de forme irrégulière, rouge, couverte de squames argentées, à fines lamelles, s'exfoliant facilement.

Des plaques infiltrées, allant de la grandeur d'un pois à une pièce de 25 centimes en argent, d'un rougle plus intense, se détachent sur le fond de la lésion ; quelques-unes dans le nombre, sont légèrement déprimées, d'une coloration pâle au centre, avec un ourlet périphérique formées d'anneaux incomplètement fermés. Lésions unguéales de l'index et du cinquième doigt de la main gauche. Sur le cuir chevelu, plaques érythémato-squameuses, avec cheveux cassés en points noirs. Présence constatée d'éléments de trichophyton dans les squames prélevées sur la peau glabre et dans la poussière d'ongles. Culture : *Tr. violaceum.*

Observation IX

Malade, âgée de 18 ans, Israélite, domestique. Ignore de quelle époque date son affection. Pas de maladie de ce genre dans sa famille. Quelques plaques squameuses, éparses, avec cheveux cassés, sur la nuque et le cuir chevelu. Lésion de la grandeur de la paume d'une main d'enfant avec contours nettement marqués sur la face dorsale du pied gauche, empiétant sur la face plantaire. Sur le fond de la lésion

légèrement infiltrée, de couleur rosée, se détachent des plaques isolées, d'une teinte bleuâtre et desquamant en fines lamelles. Présence constatée d'éléments de trichophyton dans les squames et les cheveux. Culture : *Tr. violaceum*.

Ces brèves observations nous permettent de constater que le tableau de ces affections est assez uniforme ; elles ne sont différenciées principalement que par une plus ou moins grande généralisation du processus. Nous trouvons, par suite inutile, de présenter les autres observations. Dans l'énorme majorité des cas, les lésions envahissaient de grandes régions de la peau, parfois la peau dans sa totalité, avec de petits îlots intacts, comme nous l'avons constaté chez une fille de 19 ans, malade depuis 5 ans (cas de Mme le Dr Goldenberg) ou dans presque toute sa totalité (excepté le tronc), comme nous l'avons observé chez un soldat, âgé de 23 ans, qui était malade depuis un an (cas du Dr Unikel, présenté à la Société des Dermatologistes d'Odessa le 22 février 1928).

En somme nous avons observé 23 cas (1), quelques-uns de cette nature ont été présentés au cours des séances de la Société de Dermatologie d'Odessa par les docteurs Landa, Unikel, Khodorow, Korenberg et Davidsohn.

Parmi ces malades, il n'y avait que quatre hommes. Les autres étaient des femmes, jeunes pour la plupart : 1-15 ans ; 2-16 ans ; 1-17 ans ; 4-18 ans ; 4-19 ans ; 1-20 ans ; 2-22 ans ; 5-23 ans ; 1-25 ans ; 1-35 ans et 1-39 ans.

Dans 17 cas, les lésions de la peau glabre étaient accompagnées de lésions unguéales des mains et de lésions du cuir chevelu ; dans un cas il existait aussi des lésions de la barbe ; dans un cas, la dermite était accompagnée de lésions du cuir chevelu, les ongles étaient restés intacts ; dans un cas les ongles étaient atteints et le cuir chevelu restait sain ; dans 4 cas les lésions se localisaient exclusivement sur la peau glabre, le cuir chevelu et les ongles étant complètement indemnes.

(1) Parmi ces cas 9 m'ont été adressés par Mme le docteur H.-J. Goldenberg et MM. les docteurs P. S. Unikel, D.-D. Khodorow, Korenberg et Moreiniss, auxquels j'exprime ma gratitude. Je profite de l'occasion pour exprimer ma reconnaissance à mes assistants MM. les docteurs H.-J. Goldenberg, H.-J. Landa, J.-P. Feldmann, ainsi qu'aux médecins internes et externes du service des maladies cutanées, pour l'aide qu'ils m'ont apportée dans mes recherches.

Dans 2 cas tous les ongles, tant aux pieds qu'aux mains portaient des lésions.

Les lésions de la peau glabre étaient localisées sur des régions diverses et envahissaient plusieurs régions à la fois. Elles avaient pour siège d'élection : la peau des jambes atteinte dans 15 cas sur 23, la région de l'articulation du genou 13 cas ; les cuisses 9 cas ; la région fessière 9 cas ; la région de l'avant-bras 9 cas ; du coude 6 cas ; les régions plantaires et l'articulation tibio-tarsienne 5 cas ; la poitrine 2 cas ; les épaules 2 cas. Les régions du dos (1 cas) et du ventre (1 cas) sont celles qui ont été le plus rarement atteintes. L'atteinte de ces régions ne fut observée que dans les cas où l'éruption était généralisée.

Dans 8 cas, nous avons constaté simultanément des lésions de la face dorsale de la main ; dans 5 cas des lésions palmaires ; dans 3 cas des lésions plantaires.

Dans les cas d'envahissement du dos de la main, le processus s'étendait, d'ordinaire, symétriquement sur la surface dorsale des deux mains ; on ne peut en dire de même pour ce qui concerne la localisation du processus sur les autres parties de la peau ; ainsi dans 7 cas nous avons constaté des lésions unilatérales. Dans 1 cas, chez une femme de 35 ans, les lésions étaient bilatérales, mais la localisation en était asymétrique ; ces lésions, en effet, avaient pour siège la région du coude droit et du genou gauche. De plus, la lésion était accompagnée simultanément de lésions du cuir chevelu et de lésions unguéales des deux mains.

Toutes ces affections, de caractère chronique, ont évolué au cours de longs mois, de quelques années (pour la plupart 4-5-10 ans et plus).

Chez une malade, âgée de 39 ans (cas de M. le docteur Moreiniss) l'éruption débuta 15 ans auparavant par les lésions des ongles et des fesses. Quatre ans auparavant la malade a, paraît-il, contagionné son nourrisson sans le savoir cependant, car la nature réelle de son affection ne fut décelée que récemment. Dans la plupart des cas les malades observaient des rémissions de leurs éruptions. Sous l'influence du traitement et pendant l'été sous l'influence des bains de mer le processus de la peau guérissait, mais ensuite survenaient des récidives. Dans un cas nous avons observé le champignon dans le duvet de la jambe. Dans ce cas où la dermite durait depuis 13 ans nous fîmes la cuti-réaction avec une trichophytine pure et diluée (3-50 o/o). Le résul-

tat fut négatif. Dans quatre cas nous avons fait l'ensemencement du sang et du suc de la glande lymphatique. Le résultat fut également négatif.

Les affections érythémato-squameuses atypiques généralisées de la peau ont été décrites en 1922, et plus tard, par MM. Pautrier et Rietmann. Dans les cas qu'ils citent, les lésions étaient occasionnées par le *Tr. granulosum*, produisant ordinairement des lésions profondes de la peau.

En 1924, Mme Chtamow a décrit des lésions de la peau, causées par le *tr. violaceum*, affection qu'elle trouve analogue au parapsoriasis en plaques et en gouttes et qu'elle considère comme une trichophytide d'origine hématogène.

En 1927 Pélévine et Tchernogoubow ont observé chez trois membres de la même famille une affection érythémato-squameuse de la peau, causée par le *Tr. violaceum ;* dans 2 de ces cas, les affections étaient accompagnées de profondes lésions purulentes de la peau (1).

J'ai observé, outre les affections, qui envahissent une grande étendue de la peau, une trichophytie atypique dont le processus était localisé exclusivement aux mains et à la région plantaire.

On sait depuis longtemps que le trichophyton, se développant dans les régions recouvertes d'une épaisse couche cornée, occasionne des affections atypiques, présentant, dans leur évolution, l'aspect de la dysidrose et de l'eczéma.

Signalée pour la première fois en 1870 par Tilbury Fox, plus tard, en 1888 par Pellizari, en 1891 par Mansourov (quoiqu'il l'ait prise, par erreur de diagnostic, pour l'*Inosis dermica*) et en 1892 par Arnosan et Dubreuilh, cette affection fut l'objet d'une étude détaillée de Djélalédin Moukhtar en 1892, et de Lilas Foutrein en 1895.

Les lésions trichophytiques peuvent prendre, dans leur évolution, un caractère atypique, non seulement dans le cas où elles ont pour siège les surfaces palmaires et plantaires, mais encore lorsqu'elles sont localisées au dos des mains et au dos du pied. Le caractère eczématiforme qu'elles accusent en ce cas, les rend difficiles à différencier des lésions dues à l'*Epidermophyton inguinale* (Hebra, Sabouraud, Whitfield, Nicolau).

(1) Je n'ai n'observé le kérion, causé par le *Tr. violaceum,* que sur le cuir chevelu (*Recueil de la Société des naturalistes de Bessarabie,* t. V, et *Journal russe des maladies cutanées et vénériennes,* 1914, n° 4).

Ces lésions teigneuses des mains et des régions plantaires ont pris un développement tout particulier au cours des 10-12 dernières années. Toute une série d'auteurs (Kauffmann-Wolf, Petges, Rasch, Mitchell, Williams, Strandberg, Rajka, Harlingen, Cléveland, etc.) ont constaté la présence de divers hyphomycètes dans ces lésions atypiques eczématiformes, attaquant les mains et les régions plantaires (1). C'est ainsi que Williams a constaté la présence du *Tr. acuminatum*, *lacticolor*, *plicatile*, *violaceum*, *asteroides*, *ametystinum*, et de l'*Epidermophyton inguinale*.

Williams distingue 3 formes cliniques : calleuse, intertrigineuse et vésiculeuse.

Rajka a observé des lésions palmaires, sous la forme de plaques circinées, disséminées en très grand nombre, ayant les dimensions d'un heller et affectant la forme de guirlandes. Ces plaques desquamaient en collerette et rappelaient en tous points les exfoliations des surfaces palmaires de l'été.

Durant les 6-7 dernières années, nous avons observé des lésions semblables, aussi bien sur les régions palmaires et plantaires, que sur la face dorsale des mains, chez des malades atteints de trichophytie des ongles et du cuir chevelu. En outre, les lésions des régions palmaires et plantaires accusaient tantôt un caractère eczématiforme vésiculeux, tantôt un caractère kératosique, présentant, sur la surface palmaire, de la desquamation en feuillets, ourlée d'une bordure d'épiderme desquamant.

Sur la surface dorsale des mains, les lésions avaient la forme de disques de dimensions allant de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc et ayant des contours circinés et polycycliques se réunissant par places en larges foyers. Les disques, légèrement surélevés au-dessus de la surface de la peau, sont d'ordinaire régulièrement infiltrés, ont une coloration régulière, rouge pâle ou foncé, avec une teinte livide. Sur la surface atteinte, on apercevait de la desquamation, le plus souvent légère, en feuillets. La couche cornée était fissurée et s'exfoliait facilement à la traction par la pince. La desquamation avait parfois le caractère de poussière de son.

La desquamation ne se manifestait pas régulièrement sur toute l'étendue des lésions, mais apparaissait de règle au

(1) Je ne m'occupe pas, dans ce travail, des lésions dues aux oïdiomycètes.

grattage. Les disques étaient dans quelques cas entourés d'une bordure desquamante de l'épiderme.

Les disques, dans d'autres cas, n'étaient pas régulièrement colorés et infiltrés. On y constatait en outre la présence de papulo-vésicules, disséminées sur divers points des lésions. Quand les papules vésiculeuses siégeaient à la périphérie, en forme de demi-cercles ou de croissants, le diagnostic était facile ; malheureusement, ce dernier cas ne se présentait que rarement.

Des affections de ce genre revêtaient un caractère chronique ; leur évolution se chiffrait par mois, par années même. Elles n'étaient presque jamais accompagnées de sensations subjectives.

Dans quelques cas cependant, les malades éprouvaient un prurit léger.

Ces affections étaient presque toujours accompagnées de lésions du cuir chevelu et des ongles ; c'était presqu'une règle. Dans tous les cas observés, nous avons trouvé des éléments mycéliens ; la culture donnait le *Tr. violaceum*.

Je citerai la brève observation d'un de ces cas, présenté à la séance de la Société de Dermatologie d'Odessa du 2 juin 1926 par le docteur Korenberg (voir la photographie 10).

Observation X

Le malade G..., 11 ans, s'est présenté à l'Institut le 15 décembre 1923, atteint de trichophytie : lésions du cuir chevelu et de la face. Le 23 avril 1924, les constatations suivantes ont été faites : sur le dos de la main gauche, on observe une lésion légèrement infiltrée de forme irrégulière, aux bords festonnés ; toute la périphérie est formée de papulo-vésicules, et le centre, de peau hypérémiée desquamante. En outre on observe une éruption papulo-vésiculeuse isolée sur les doigts de la même main gauche ; les ongles sont ternes, déformés, crénelés : la table est fissurée, le bord libre s'émiette. Deux ans après, le 29 avril 1926 on observe une desquamation abondante de toute la tête avec points noirs de cheveux cassés. Tous les ongles sont atteints. Plaques érythémato-squameuses sur le front, sur la lèvre supérieure, et sur le pavillon de l'oreille gauche. Sur le dos des mains, présence de 5 foyers érythémato-squameux infiltrés, débordant en partie dans les espaces interdigitaux et sur le dos des doigts. Les contours de ces lésions sont irréguliers, arrondis et festonnés. Sur la main droite et se détachant sur le fond, apparaissent des éléments présentant un caractère d'infiltration : ils sont d'une couleur plus intense, rouge foncé, d'une teinte livide, et d'une grandeur allant d'un pois à une piécette de 25 centimes en argent.

Sur quelques-uns de ces éléments apparaissent des papules vésiculeuses, d'apparence abortive. Toutes les lésions desquament un peu par endroits sur la périphérie des foyers et sont eczémateuses. Présence constatée d'éléments mycéliens dans les squames. Culture : *Tr. violaceum.*



Fig. 10.

Au cours de ces 3 dernières années, lorsque la possibilité s'est présentée pour nous, de faire des cultures, nous avons pu observer chez 18 malades des lésions de même nature, siégeant sur la face dorsale des mains.

9 fillettes et 3 jeunes garçons, outre les lésions du dos de la main, étaient porteurs de lésions du cuir chevelu et des ongles. Chez quelques-uns les diverses régions de la peau glabre étaient également atteintes ; chez 5 de ces malades les faces palmaires étaient affectées ; chez 3 la plante du pied. Chez 1 fillette et 4 garçons les mains seules étaient atteintes. Dans deux de ces derniers cas, l'affection avait également pour siège, outre le dos de la main, la face palmaire. Les squames, la poussière des ongles et les débris de cheveux ont donné dans tous ces 18 cas des éléments de trichophyton. Culture : *Tr. violaceum.*

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Pour celui qui ignore l'existence de ces formes atypiques teigneuses, le diagnostic est extrêmement difficile à établir. Tous les cas que nous avons observés, avaient été diagnostiqués par

d'autres médecins d'une manière erronée et avaient été traités de psoriasis ou d'eczéma chronique.

Et, en effet on pouvait les prendre, de prime-abord, pour ces affections. Mais l'observateur averti qui, une fois au moins, a réussi à s'orienter dans le tableau présenté par ces maladies, et en a posé le diagnostic juste, cet observateur a des chances de ne plus courir le risque de se tromper.

Ces affections sont tout à fait particulières et ont une physionomie, qui leur est propre et les différencie des autres maladies de la peau.

Tous les cas, qui ont été l'objet de nos observations étaient des maladies chroniques, dont l'existence se chiffrait par de longs mois, par des années même.

De plus, il nous a été possible d'observer chez nos malades des éruptions surgissant en de nouvelles régions, ainsi que de cas récidivants, après la guérison. Nous avons donc pu suivre le développement du processus dès le premier jour de son apparition.

Au cours de ces affections, nous avons constaté l'absence de sensations subjectives notables. Parfois elles font complètement défaut, parfois elles se manifestaient par un prurit à peine perceptible.

L'affection débute par une éruption d'éléments isolés, petits, de la grandeur d'un pois ou d'une lentille, érythémateux et érythémato-squameux ; puis apparaissent des vésicules de petites dimensions, et des papules vésiculeuses, tantôt isolées, tantôt ayant l'aspect d'anneaux ou de faucilles. Le nombre de ces éléments s'accroît peu à peu, les uns augmentent de volume, les autres se résorbent, laissant après leur disparition une macule rouge; d'autres, enfin, s'infiltrent d'une manière plus notable, prennent une couleur livide, et leur durée est plus longue que celle des autres. Ces éléments fusionnent et produisent des foyers de dimensions notables; la peau en ces endroits est érythémateuse, légèrement infiltrée et, par places, desquamante. Dans quelques cas, et c'est ce qui se produit le plus souvent, la peau présentant ce caractère érythémateux est généralement nettement séparée de la peau indemne, par des contours irréguliers en festons; dans d'autres cas, le passage s'effectue insensiblement, sans limites bien accusées. Sur le fond des lésions de ce genre se détachent des plaques d'une coloration plus intense de caractère érythémateux ou papuleux, et l'on peut y apercevoir par places des vésicules minimes.

Dans certains cas, l'éruption vésiculeuse fait complètement défaut, et tous les éléments qui se détachent sur le fond rouge, présentent un aspect érythémateux ou papulo-squameux.

Les lésions de la première catégorie sont habituellement confondues avec l'eczéma chronique, celles de la seconde avec le psoriasis. Une affection de ce genre diffère de l'eczéma, ou plus exactement des eczématides (parakératoses psoriasiformes), en ce qu'elle ne cause presque pas de démangeaisons, comporte un moindre caractère d'exsudation que les eczématides, ne manifeste pas de tendances au suintement ou à la lichénification et présente en même temps un aspect polymorphe avec les petits éléments décrits plus haut, apparaissant sur son fond et présentant souvent des contours en faucilles ou en anneaux.

L'affection diffère du psoriasis par le caractère de sa desquamation ; celle-ci est extrêmement faible et le plus souvent, en minces feuillets. La desquamation est disposée surtout à la périphérie des petits éléments. Les squames se détachent sans difficulté. Si l'on procède au grattage, on ne constate pas de desquamation ultérieure; lorsque la squame a été enlevée, un suintement de sérum ne tarde pas à se montrer, puis une hémorragie diffuse. On ne voit jamais apparaître la pellicule terminale ; on ne constate pas non plus d'hémorragie pointillée, comme on le voit dans le psoriasis.

L'observateur peut croire parfois qu'il se trouve en présence de parapsoriasis en plaques et en gouttes.

Dans le parapsoriasis en plaques, les plaques sont plus homogènes, plus monotones et on n'y constate pas la présence des éléments décrits ci-dessus.

D'autre part, un observateur peu expérimenté pourrait prendre ces derniers éléments pour du parapsoriasis en gouttes. Dans le parapsoriasis en gouttes, chaque élément est soumis à un cycle de développement bien défini ; tous ces éléments ne surgissent pas simultanément, c'est pourquoi on en constate ordinairement le polymorphisme :

1° Papules syphiloïdes à surface sphérique ; 2° papules avec dépression en croûte centrale ; 3° papules sur lesquelles on peut faire apparaître au contact de l'ongle une lamelle en « pain à cacheter » ; 4° papules avec lamelle en « pain à cacheter » bien visibles, se détachant assez facilement ; 5° lamelles sphériques en « pain à cacheter » disposées sur la peau saine à l'endroit des

papules résorbées et 6° taches leucodermiques qu'il n'est pas rare de rencontrer sur l'emplacement des papules disparues.

On n'observe rien de semblable dans la trichophytie.

Je ferai remarquer ici, que j'ai observé, au cours de l'été, des taches de leucodermie et de pseudoleucodermie dues au hâle, et apparaissant sur les régions d'anciens éléments trichophytiques typiques et atypiques après le traitement par la chrysarobine.

Les lésions du dos de la main ont un caractère eczémateux. On les confond d'ordinaire soit avec un eczéma consécutif à la gale, soit avec une forme de dysidrose, d'eczéma professionnel ou d'eczéma en plaques.

Cette lésion, en effet, rappelle beaucoup les variétés précitées, et il est presque impossible d'établir un diagnostic précis. Mais pour celui qui a pu reconnaître, une fois au moins, la véritable nature de cette affection, le diagnostic ne présente pas de difficulté ; on le soupçonne immédiatement et, de règle, il se confirme par un examen ultérieur du malade, conduisant à la découverte de lésions typiques, siégeant sur les autres régions : cuir chevelu, ongles ou bien plaques typiques de trichophytie sur d'autres régions de la peau glabre, ainsi que par les résultats positifs fournis par les recherches de laboratoire. Le diagnostic juste, posé dans ces cas, se base sur des nuances si minimes, qu'elles peuvent être plus facilement perçues par l'œil, qu'être l'objet d'une description.

Je m'efforcerai, néanmoins, d'indiquer quelques circonstances, qui peuvent contribuer à établir un diagnostic exact.

Tout d'abord, ce qui frappe l'observateur, c'est l'insignifiance des sensations subjectives. Les malades atteints de trichophytie ne signalent que rarement, un prurit insignifiant, et qui d'ailleurs, ne les incommode guère.

En second lieu, l'inflammation et l'exsudation sont très faiblement marquées.

Ce n'est qu'au début de l'affection que les manifestations exsudatives sont le plus nettement accusées ; elles apparaissent sous forme de plaques, porteuses de vésicules et de papules vésiculeuses, en nombre plus ou moins notable, disposées en anneaux à la périphérie, présentant ainsi l'aspect de taches trichophytiques plus ou moins typiques (Voir la description de l'observation 10).

Plus tard l'affection revêt le caractère d'une évolution chronique torpide, se manifestant par l'apparition de disques infiltrés, de dimensions diverses, confluant par places en plaques irrégulières festonnées, de coloration rose ou rouge violacé, sur lesquelles apparaissent par places des éléments papulo-vésiculeux, tantôt isolés, tantôt groupés et présentant l'aspect de faucilles.

Toute la région atteinte accuse de la desquamation partielle, quelquefois en poussière de son, mais le plus souvent, en fines lamelles. Une bordure de l'épiderme desquamant entoure parfois toute la région atteinte, ou quelqu'une des plaques (fig. 5). C'est l'aspect des lésions du dos de la main dans la trichophytie. Dans le favus, au contraire, les lésions ont un caractère infiltré, plus torpide encore, les papules vésiculeuses manquent, mais on constate, par places, des papules minimes d'une coloration plus intense et desquamant plutôt en poussière de son qu'en lamelles.

Ce tableau dans ses grandes lignes se différencie notablement de l'eczéma avec ses poussées de prurit et d'éruptions de vésicules et de papulo-vésicules avec exsudation plus ou moins accusée. Nous ferons observer cependant, que des poussées analogues peuvent se présenter dans les affections teigneuses, en particulier lorsque la lésion teigneuse s'est développée soit sur une peau eczémateuse, soit chez un sujet prédisposé à l'eczéma.

La trichophytie des surfaces plantaires et palmaires peut être principalement confondue avec la dysidrose, l'eczéma et parfois avec la syphilis et le psoriasis.

La dysidrose prend le plus fréquemment un aspect bilatéral; elle est accompagnée de prurit, quelquefois insupportable, ou de sensation de brûlure. Les vésicules ont l'aspect de grains de sagou, siégeant en profondeur sous la peau ; elles ne manifestent pas de tendance à se grouper en anneaux; parfois elles fusionnent et forment des vésicules plates. Elles ont pour sièges d'élection aux mains les espaces interdigitaux, la face palmaire et dorsale des doigts et aux pieds, la face plantaire interne.

Dans la trichophytie, le processus débute par l'apparition de quelques vésicules. Elles sont de dimensions diverses et leur contenu est d'abord transparent, soulevant l'épiderme mince qui éclate, se déchire et met à nu une surface érythémateuse, où l'on constate la présence de vésicules minimes et de petits foyers purulents; cette surface est frangée, à la périphérie, d'épiderme décollé.

Les contours d'une lésion de ce genre peuvent revêtir un aspect variable ; ils sont généralement circulaires et polycycliques. De nouvelles vésicules continuent à apparaître. Sur la périphérie de la frange, où l'épiderme est décollé, on remarque la présence de vésicules et de petits foyers purulents, siégeant en profondeur ; leur présence est constatée d'ordinaire sur un ou deux points et non pas sur la périphérie dans toute son étendue.

L'aspect est bien caractéristique (1).

La lésion, en général, ne s'accompagne pas de sensations subjectives ; dans quelques cas seulement on constate une légère démangeaison, qui se manifeste particulièrement dans les zones de développement ultérieur, c'est-à-dire à la périphérie du foyer. Il n'est pas rare de constater une affection unilatérale.

Les recherches pratiquées sur un fragment d'épiderme décollé vers le bord, permettent de constater, généralement, la présence d'éléments trichophytiques ; par contre, les éléments de trichophyton ne se montrent pas d'ordinaire dans le contenu des vésicules et des foyers purulents. Dans quelques cas, cependant, où la nature trichophytique de la lésion ne laisse aucun doute, les recherches des éléments parasitaires restent vaines.

Dans nombre de cas, la lésion revêt un caractère d'évolution si franchement atypique, elle ressemble tellement à une dysidrose vulgaire, que seule, la présence des éléments trichophytiques révélée par le microscope ou la culture, permet d'en établir le diagnostic. Le diagnostic est particulièrement difficile quand la trichophytie évolue chez des sujets prédisposés à la dysidrose, et quand, de ce fait, on observe chez le malade un tableau mixte. Dans ces derniers cas, le traitement d'épreuve antimycosique qui, dans la trichophytie, conduit, de règle, à la guérison, ne produit naturellement qu'une action insignifiante dans la dysidrose ; provoquant l'exacerbation, ou bien restant complètement inefficace. Un examen minutieux du malade, la présence de lésions unguéales et du cuir chevelu accompagnant généralement cette affection, permet d'en soupçonner la nature véritable.

Dans les cas où le processus accuse un caractère plus sec et

(1) Parfois les lésions streptococciques, dans ces mêmes régions, revêtent un aspect analogue ; mais dans ces derniers cas, on constate encore la présence des croûtes mélicériques bien typiques de l'impétigo streptococcique ou de phlyctènes typiques.

lorsque l'on ne réussit pas à découvrir les vésicules, on peut être enclin à croire, que l'on se trouve en présence du psoriasis, de l'eczéma sec ou de la syphilis.

Quand la présence d'éléments de psoriasis sur d'autres régions est constatée, le diagnostic ne présente pas de difficultés, mais lorsque, au contraire, la lésion est isolée, il convient de ne pas perdre de vue que, dans le psoriasis, les lésions des surfaces palmaires et plantaires revêtent l'aspect de foyers de dimensions variables, restreints, durs, secs et desquamants, ou bien sont de caractère kératosiques plus diffus.

Les lésions présentent avec quelques formes d'eczéma une ressemblance telle, qu'il est extrêmement difficile de les distinguer. Cependant, les formes d'eczéma sec sont, pour la plupart, plus diffuses et envahissent presque toute la paume de la main et la surface plantaire (ce qui, d'ailleurs, peut se produire dans la trichophytie) et n'ont pas de contours aussi accusés que dans la trichophytie.

De plus, la lésion elle-même, dans l'eczéma sec, est plus aride, plus rude et accuse une tendance à se fissurer.

Dans la trichophytie, la lésion est moins rude et ne donne pas de fissures. D'autre part, la forme circulaire ou polycyclique de la lésion, la présence d'un ourlet d'épiderme décollé sous lequel on peut introduire une sonde à une grande distance, la superficialité de la lésion, l'absence presque complète d'infiltration, l'accroissement constant par la périphérie, tous ces caractères de la maladie doivent éveiller chez l'observateur l'idée d'une lésion teigneuse trichophytique et doivent l'inciter à procéder aux examens de laboratoire.

La trichophytie se différencie des lésions syphilitiques par son caractère de superficialité, par l'absence d'infiltration profonde, que l'on peut constater facilement, soit à l'œil, soit au palper, à la périphérie de la lésion syphilitique. La présence à la périphérie de vésicules et de petits foyers purulents, même lorsque le nombre en est insignifiant, mais qu'ordinairement un examen minutieux découvre toujours ; le caractère accusé d'exsudation, plutôt que d'infiltration de la frange érythémateuse ourlant la lésion dans sa totalité ou en quelques parties, qui se trouvent en état d'accroissement constant — tous ces symptômes permettent d'éliminer la syphilis. Et dans ce cas, l'anamnèse et un minutieux examen clinique du malade, les recherches bactériolo-

giques et sérologiques permettront d'établir la véritable étiologie de l'affection.

Quand l'observateur est enclin à soupçonner une affection de nature mycosique, il est extrêmement difficile de déterminer et de spécifier, si l'on se trouve en présence de l'épidermophyton, du trichophyton, de l'achorion ou d'une des variétés des blastomycètes.

Dans le favus, la desquamation, en général, a le caractère de farine, ou de poussière de son; on ne constate pas la présence de vésicules et de pustules, mais celle de papules se détachant sur le fond de la lésion.

Il est encore plus difficile de différencier les autres genres de mycoses, et le tableau clinique ressemble davantage à la trichophytie. La coexistence en d'autres régions de lésions typiques, occasionnées par les éléments de trichophyton correspondants, le microscope et les cultures permettent seuls d'établir, dans des cas de ce genre, un diagnostic exact.

Les trichophyties atypiques de la peau glabre, que nous avons observées, avaient donc leur physionomie bien propre, qui les distinguait des autres lésions de la peau. Le diagnostic en est difficile de prime-abord; dans la suite, on parvient à l'établir à première vue. Le diagnostic est facilité d'ordinaire, par le fait que le malade est porteur de lésions typiques concomitantes, telles que lésions unguéales et lésions du cuir chevelu. Nous ferons remarquer que ce n'est pas pour ces dernières affections que quelques-uns de nos malades venaient nous consulter; ils en avaient pris leur parti et n'y faisaient plus attention. La plupart des malades recouraient à nous pour les affections de la peau glabre, et seul l'établissement du véritable diagnostic nous incitait à porter notre attention sur les lésions des ongles et du cuir chevelu.

Quelques-uns de nos malades étaient porteurs d'éruptions exclusivement localisées sur la peau glabre, les ongles et le cuir chevelu restant absolument indemnes.

L'examen histologique (1)

Dans un cas nous avons fait l'examen histologique d'une plaque (fig. 11). On observa de l'hyperkératose et de l'acanthose. Les

(1) Pour l'examen histologique nous exprimons notre reconnaissance à M. le docteur L. Brodsky, chef de laboratoire de l'Institut.

papilles sont en partie normales, en partie allongées. Au centre de la préparation on voit un grand foyer kératosique, qui est situé entre la couche malpighienne et une bande étroite colorée en bleu. Cette masse cornéenne avait l'air de reculer la couche granuleuse du *stratum spinosum*. Dans la bande bleue on voit quelque part des cellules granuleuses, qui sont englobées dans une masse de cellules, composées des polynucléaires, des débris de cellules et de noyaux. Dans la couche malpighienne on voit par place l'altération cavitaire et l'état spongoïde de Unna. Le

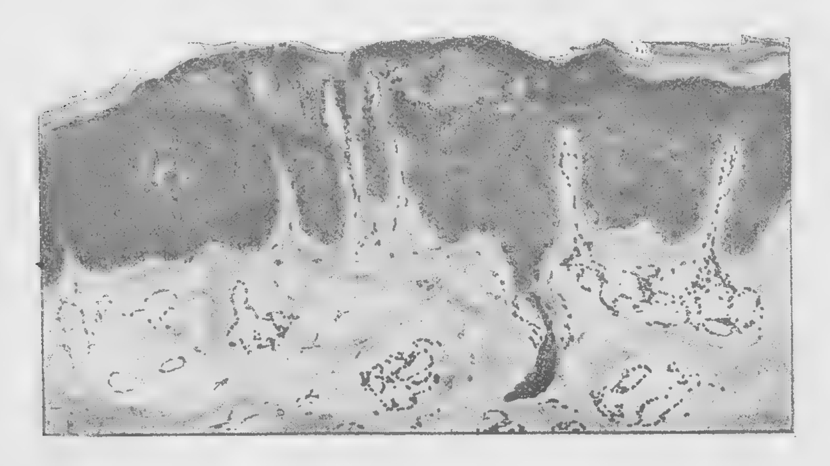


Fig. 11.

chorion ne présente pas d'altérations particulières. Dans la couche papillaire et sous-papillaire on voit un infiltrat insignifiant; les vaisseaux lymphatiques et les capillaires y sont multipliés. Dans la couche plus profonde se trouve aussi un infiltrat disséminé et pauvre en cellules, composé de lymphocytes, de quelques polynucléaires et quelque part de cellules épithélioides.

Pathogénie.

Je considère, au point de vue de leur pathogénie que tous les cas décrits ci-dessus, sont des formes atypiques de trichophytie, et non des trichophytides. En effet, dans nos cas de trichophytie on découvrait très facilement, dans les squames prélevées, des éléments mycéliens, dònt la culture montrait invariablement le *Tr. violaceum*. Dans les trichophytides, au contraire, on ne

trouve pas, en général, d'éléments trychophytiques et si l'on parvient à les découvrir, ce n'est qu'au début et au prix de grandes difficultés. Dans 4 cas, l'ensemencement du sang a donné un résultat négatif; dans 1 cas, l'ensemencement de suc provenant de ganglions lymphatiques, a donné également un résultat négatif. Contre les trichophytides parlent encore le caractère d'évolution chronique de l'affection et le fait, que, dans quelques-uns de nos cas observés les lésions étaient unilatérales. Nous expliquons le mode d'infection dans nos cas de la manière suivante : les ongles atteints transportent les éléments de trichophyton, qui pénètrent dans la peau ; dans les cas où les lésions unguéales manquent, l'infection se transmet par les doigts, porteurs d'éléments, en général cantonnés de préférence sous les ongles, et pénétrant dans l'épiderme du fait du grattage. Toutefois la peau, semble-t-il, peu à peu se sensibilise.

Traitement.

Quelques mots, pour conclure, sur le traitement institué.

Il est extrêmement difficile d'obtenir la guérison de ces affections, et les récidives sont fréquentes.

Il faut, avant tout, avoir raison des lésions unguéales et des lésions du cuir chevelu.

Dans les cas où les lésions occupent de vastes régions de la peau, les frictions de pommade à la chrysarobine (1-2 0/0) et à l'oxyde de zinc (10 0/0), de préférence additionnée de soufre à 10-20 0/0 donnent la guérison. Dans les lésions palmaires, plantaires et les affections du dos de la main, on obtient de bons résultats par des frictions vigoureuses pratiquées à l'aide d'un tampon d'ouate, imbibé de teinture d'iode à 1-2 0/0, avec pansement ultérieur de pommade à la crysarobine (1-2 0/0) et oxyde de zinc ou avec addition de soufre.

En outre, dans les affections plantaires, je prescris généralement les bains de pieds avec addition de permanganate de potasse : 1 gramme par litre d'eau.

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES DERMATOPHYTES

Par R. SABOURAUD.

IIe mémoire

Sur le « trichophyton violaceum »

Dans une revue d'ensemble de tous les dermatophytes, après l'Achorion de Favus, le type qui se présente à l'étude comme le plus remarquable est certainement le *Trichophyton violaceum* et cela pour bien des raisons. La première c'est qu'après le favus, la mycose qu'il détermine semble de beaucoup la plus fréquente, non pas chez nous, à la vérité, mais en un grand nombre de pays. La seconde, c'est l'ubiquité de son parasite que l'on rencontre dans l'épiderme corné de la peau glabre, dans le cheveu, dans le poil de la barbe et dans l'ongle. Comme l'achorion, il détermine une dermatose particulièrement tenace et durable, enfin son domaine géographique est très étendu.

Nous le connaissons mal en France, car il y est rare. Il y devient moins rare pourtant en raison de nos possessions africaines d'où il nous en arrive de plus en plus souvent quelques exemplaires. A cause de cela, ce fut un des premiers trichophytons que je décrivis en 1892-1895. Etant donné la spécificité évidente de ses cultures, il ne pouvait passer inaperçu dans une étude basée avant tout sur la comparaison des spécimens cultivés. Je l'avais d'abord rencontré dans une trichophytie cutanée, puis dans des tondantes. Ce furent les études italiennes de Mibelli, Pelagatti et Mario Truffi qui nous montrèrent sa fréquence en Italie et la multiplicité des aspects que pouvaient prendre ses lésions. Plus tard survinrent d'autres études, celles de Nicoulau spécialement, en Roumanie, qui prouvèrent son incroyable fréquence dans les Balkans ; d'autres en Russie plus tard encore. Ainsi pût-on se

rendre compte que l'aire de dispersion de ce parasite était immense. En réalité, il occupe presque exclusivement tout le sud de la Russie depuis Moscou jusqu'à la mer Noire. Là-bas c'est le dermatophyte le plus fréquent, c'est presque le seul avec l'achorion du favus. Il est fréquent de même en Pologne, en Ukraine, en Roumanie, en Grèce, dans toute l'Asie mineure, et il occupe entièrement le pourtour de la Méditerranée au nord et au sud ; même à l'ouest, en Espagne, où Gregorio a suivi une épidémie de plus de cent cas. Enfin ce parasite a émigré avec beaucoup de méditerranéens dans l'Amérique méridionale et on le retrouve fréquent à Buenos-Aires.

Ce dermatophyte est donc après l'Achorion du favus, celui dont l'aire de dispersion est le plus étendu. Mais il offre bien d'autres titres à notre curiosité, entre autres ce fait qu'il peut se rencontrer sur toute région cutanée sans qu'il affecte de préférence évidente pour aucune. En France, les parasites que l'on rencontre dans la tondante de l'enfant ne sont pas ceux qu'on trouve à la barbe chez l'adulte. Au contraire, dans les pays où le *Trichophyton violaceum* est fréquent, on l'observe aussi bien au cuir chevelu, à la barbe et dans les ongles.

Microscopiquement c'est le type même du *Trichophyton endothrix*. Ses filaments remplissent entièrement le cheveu de longs chapelets mycéliens tous contigus, faits d'articles courts arrondis, tous inclus dans le cheveu sans dépasser la cuticule.

Du fait que le parasite remplit le cheveu totalement et se substitue à sa substance propre, le cheveu perd toute résistance à la traction, aussi la tondante qu'il détermine est-elle caractérisée par la brièveté du cheveu malade qui sort à peine de la peau au niveau des plaques contaminées. Très souvent même le cheveu devenu mou n'a pas la force de traverser l'épiderme corné, alors il s'incurve au-dessous de lui comme un ver, et on le voit au travers de l'épiderme transparent, sous la forme d'un comma, d'une virgule ou d'une boucle de point d'interrogation.

De même quand on pratique des coupes d'une lésion de la teigne tondante causée par ce parasite, on est frappé de voir que les follicules sont difformes, boursouflés, parce que le cheveu y est sinueux, contourné en tire-bouchon, ce qui fait à l'enveloppe folliculaire des bosses latérales. Le cheveu est tellement ramolli que la poussée constante de ses parties néoformées ne suffit plus à l'expulser de l'épiderme, au sein duquel il s'accumule.

Lorsque la peau de la plaque d'une telle tondante est bien nettoyée et que les savonnages ont enlevé les couches d'épiderme accumulé qui recouvraient ces sinuosités du poil, celui-ci cassé au ras de la peau apparaît comme un gros point noir, comme un grain de poudre ou un comédon. C'est donc une tondante à cheveux particulièrement fragiles, et jamais l'épilation n'en extrait plus que des tronçons insignifiants. C'est pourquoi il est meilleur pour l'étude du parasite de prélever une squame qu'un cheveu, parce que dans la squame, il y a toujours des fragments inclus de cheveux malades un peu plus longs.

Il est à remarquer aussi que la mollesse du cheveu malade nuit pareillement à son expulsion après une application normale de rayons X. Un ou deux tours de spire du cheveu mort peuvent demeurer inclus dans le follicule jusqu'à la repousse des cheveux sains et, si l'on n'y prête pas attention, ce fait peut causer des récidives *in situ*, le cheveu nouveau se contaminant au contact du débris de cheveu ancien resté en place.

Bien d'autres caractères de cette tondante sont spéciaux et méritent d'être soulignés. D'abord la tondante à culture violette est toujours faite de points d'inoculation très petits, plus ou moins cohérents ou disséminés. En outre, quand on examine d'un peu loin les surfaces malades, il est fréquent de les voir marquées de petits points rouges qui siègent au niveau des orifices folliculaires, non pas de tous mais de certains.

Et s'il s'agit d'un cas ancien déjà, on sera frappé de ce fait aussi qu'entre les poils encore malades et signalés par un point noir, on voit de petites aires blanches qui sont des cicatricules définitives. Lorsque la guérison survient, il est ordinaire que les cheveux sains repoussés y paraissent plus clairsemés qu'ils ne devraient être.

Autre chose encore. Nos tondantes guérissent sans faute à la puberté ou peu après elle. Il n'en est pas de même de la tondante à culture violette que la puberté touche peu et qui peut persister même chez l'adulte. J'ai vu très peu de cas de tondante, chez l'adulte, mais tous, autant que je m'en souviens, avaient pour cause le trichophyton à culture violette. J'ai cité ailleurs le cas d'une petite fille de Kiew qu'on m'amenait pour une tondante et dont la mère examinée me montra, à 43 ans, la même affection encore active, quoique les plaques très anciennes fussent partiellement converties en cicatrices.

De même les plus récents parmi les travaux russes sur la question, celui de Tchernogouboff et de Mme Pélévine, celui de Mguebrow, mentionnent à chaque instant les lésions du cuir chevelu chez des sujets de 17, 18, 20, 22 ans comme une chose quasi-normale et dont ils ne songent pas à s'étonner. Chez nous la chose serait surprenante ; nous ne voyons jamais cela. En France une tondante, passé 17 ans est exceptionnelle. Ce fait vient donc corroborer ceux que j'avais vus, précisément sur des émigrés russes, il y a déjà longtemps.

En ce qui concerne les trichophyties de la barbe, j'en ai très peu rencontré qui fussent dues à la culture violette, mais j'en ai vu, et les auteurs qui habitent des pays où ce parasite est fréquent disent qu'elle n'est pas rare. Le plus souvent il s'agit d'une trichophytie sèche, semblable à la tondante, et dépourvue de symptômes inflammatoires. Mais quelquefois, la réaction inflammatoire des follicules est plus marquée. J'ai vu cette tondante de la barbe signalée par un point rouge à chaque orifice pilaire ; d'autres ont vu davantage et un véritable sycosis déterminé par ce parasite. On a même prononcé le mot de *Kérion*. A la vérité, j'ai vu à la nuque d'un enfant un petit placard d'herpès circiné, de réaction inflammatoire assez vive, et qu'on aurait pu à la rigueur baptiser kérion ; il était dû à la même espèce. Mais avec le traitement il disparut très vite sans avoir donné lieu à un kérion véritable.

Au total, voilà un assez grand nombre de symptômes qui différencient ce parasite de la plupart de ses congénères. Sa longévité chez l'adulte et sous la forme d'une tondante est en particulier très spéciale et ne se rencontre pas avec nos espèces autochtones. Les seules trichophyties que nous rencontrions au cuir chevelu de l'adulte en France, exceptionnelles d'ailleurs, sont dûes à des espèces mycosiques d'origine animale et sous la forme du kérion.

Je n'ai rencontré qu'une fois le *Trichophyton violaceum* dans une onychomycose mais il semble que dans ses pays d'origine cette localisation soit extrêmement fréquente et d'une durée indéfinie. On voit des sujets dont tous les ongles sont infectés, aux deux pieds et aux deux mains. Je l'ai rencontré dans une trichophytie palmaire datant de longtemps ; d'autres l'ont signalé à la plante du pied. Enfin, récemment Tchernogouboff et après lui Mguebrow l'ont décrit, causant une dermatose étendue qui

couvrait de très grandes surfaces du corps, de cercles plus ou moins distincts ou fusionnés. Même dans cette localisation, à l'épiderme de la peau vague où les lésions trichophytiques sont ordinairement passagères, ils en ont vu durer dix ans et plus, évoluant d'année en année en changeant de place, mais sans jamais cesser d'être. Cela aussi est bien particulier et distingue de la plupart des autres les épidermomycoses dues au parasite à culture violette.

J'ai raconté ailleurs comment j'avais été amené à exciser pour l'examen, un soi-disant tubercule lépreux, au centre duquel j'avais trouvé un fragment de poil trichophytique inclus dans le derme et entouré d'un petit abcès. J'en ai même donné la figuration (*Les Teignes*, fig. 226). Le même sujet présentait une trichophytie à culture violette. Et voici comment l'inclusion intradermique de ce fragment de poil avait pu se faire. J'ai dit plus haut que le poil devenu mou et sans résistance arrive à faire dans le follicule de véritables hernies. On trouve de ces hernies où l'épiderme aminci du follicule n'offre plus au cheveu qu'une imperceptible barrière. Dans quelques cas l'épiderme s'use tout à fait et le cheveu qui le traverse se trouve inclus dans le derme. Il y détermine une irritation très localisée et une réaction qui se fait autour de lui comme autour d'un corps étranger. On trouve ainsi, autour de fragments de poils extravasés dans le derme, de véritables tubercules avec une ceinture de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Il en était ainsi dans la série des très remarquables cas dont Tchernogouboff et Mme Pélévine ont donné ici même une relation si intéressante.

Non seulement, dans de tels cas, on peut trouver de minuscules abcès analogues à ceux que j'avais moi-même observés mais une vraie mycose intradermique et dans un cas, avec *lésion d'une côte* au sein de laquelle le parasite avait produit de véritables cavernes. On peut rencontrer de même des ganglions gros et tuméfiés avec des myceliums visibles dans le tissu lymphoïde.

Les deux auteurs russes insistent avec grande raison sur ce que ce parasitisme a d'exceptionnel. Ils ont montré combien la réaction des tissus envahis était froide, combien le parasite y montrait peu d'activité, et ils exprimaient eux-mêmes par un mot heureux que ce parasite semblait être parasite *sans le vouloir*. Néanmoins l'envahissement des voies lymphatiques et du tissu osseux produisait une sorte d'actinomycose trichophytique. Je

crois, comme les auteurs, que de telles lésions ne peuvent s'observer (de même que les cas de favus *squarreux*), que chez des gens dénués de toute idée d'hygiène et de propreté, habitant des taudis malsains et surinfectés. Néanmoins ce sont des faits qu'on n'a jamais vus avec d'autres dermatophytes et que le *Trichophyton violaceum* paraît seul capable de provoquer.

On ne peut pas dire que la longue durée d'une trichophytie épidermique soit le fait exclusif du *Trichophyton violaceun* car j'ai vu un ou deux cas de trichophytie palmaire causée par le *Trichophyton acuminatum* durer des années en nos pays. Donc quand il s'agit de localisations aux épidermes cornés épais, les trichophyties peuvent durer longtemps, le plus souvent sans que le diagnostic en soit fait, ni aucun traitement valable. On dit : Eczéma chronique et le patient garde sa maladie. C'est ce que nous avons observé dans un cas récent et autochtone. Mais chez nous cette longue durée de certaines trichophyties est un fait que l'on observe seulement aux pieds et aux mains. Nous ne voyons jamais de semblables mycoses occuper une grande partie de la surface du corps comme dans les cas de Tchernogouboff et Pélévine et dans les observations de Mguebrow. Pour nous de semblables faits relèvent toujours de mycoses exotiques. En Russie le *Trichophyton violaceum* en est l'auteur.

L'ensemble de ces localisations diverses et leurs particularités confèrent au *Trichophyton violaceum* une personnalité vraiment singulière. La maladie qu'il détermine est très différente de nos trichophyties françaises. Si j'osais aller jusqu'au bout de ma pensée, je dirais presque qu'elle mérite d'être considérée à part de toute autre comme une maladie spéciale qu'on pourrait appeler par exemple, l'*Erythrophytie* et qui devrait être étudiée, comme le favus, sous une rubrique spéciale dans les pays où ce parasite est le plus fréquent. Sans doute pourrait-on trouver encore à la maladie qu'il détermine d'autres caractères particuliers. Ce qui m'incline à le penser c'est la description par Bruno Bloch d'un *Achorion violaceum* (?) trouvé sur cinq individus sous la forme d'une petite épidémie. Cette épidémie montrait chez certains sujets des cercles trichophytoïdes ordinaires, avec une certaine tendance des cercles à évoluer vers la forme du Kérion, tandis que chez d'autres, de petits cercles d'herpès circiné montraient en leur centre ou sur leurs bords de petits godets, la plupart gros comme une tête d'épingle, certains atteignant à la grosseur d'un noyau

de cerise, lorsque l'auteur procéda à des réinoculations sur l'homme.

J'ai dit avoir reçu, de l'obligeance du professeur Bruno Bloch, une culture de cet *Achorion violaceum*, et que cette culture après une série prolongée de réensemencements sur tous milieux et une étude mycologique approfondie a paru au docteur Cimoca et à moi à peu près identique à celle du *Trichophyton violaceum*. A la vérité on trouve bien entre elles quelques menues différences de détail mais aucune qui dépasse celles que l'on peut observer d'une culture à l'autre de l'*Achorion Schœnleïnii* ou de tous autres dermatophytes lorsqu'ils proviennent de sujets différents.

Jusqu'à meilleur avis, il semble donc probable que mon ancien *Trichophyton violaceum* et l'*Achorion violaceum* de Bruno Bloch soient un seul et même être, et que ce parasite qui *prend dans le cheveu la forme d'un trichophyton endothrix normal*, puisse malgré cela donner lieu : soit à des cercles d'herpès circiné, soit à des apparences d'un kérion ... qu'il soit capable aussi de donner lieu à des onychomycoses, ... en d'autres cas à une épidermomycose chronique pouvant durer des années, ... qu'il soit en outre capable de faire issue dans le derme, hors du follicule pilaire et d'envahir plus ou moins passivement les voies lymphatiques, quelquefois même de pénétrer par une sorte d'usure dans le tissu osseux lorsqu'un os est situé à proximité de ses lésions..., enfin que ce même parasite soit capable en de certaines circonstanecs, de créer dans ses lésions de surface de véritables godets du type du godet favique. Ainsi donc ce parasite serait capable, lui tout seul, de déterminer sur l'homme toutes les formes cliniques des mycoses diverses que nous connaissons, et de faire, à lui tout seul, tout ce qu'une série de parasites différents nous montre sur la peau humaine.

De telles propositions heurtent tellement tout ce que la plus attentive étude nous a montré en France depuis près de quarante ans pour les dermatophytes de notre pays qu'elles ne doivent être avancées qu'avec une extrême prudence, et plutôt sous une forme interrogative.

Le *Trichophyton violaceum* ou si l'on préfère, l'*Erythrophyton* doit être réétudié par ceux qui peuvent rencontrer de nombreux exemplaires des lésions qu'il détermine, en Russie, dans les Balkans, en Asie mineure, au Maroc, etc... ou même en Italie, où les exemples en sont fréquents. Ici nous n'en voyons pas

assez pour décrire avec sécurité toutes les formes cliniques que cette infection peut prendre. La rencontre de ce parasite en des cas étrangers ne peut être observé ici que par grand hasard. Il faudrait pouvoir l'étudier sur un nombre de cas cliniques considérable pour avoir chance de rencontrer toutes les lésions que sa prolifération sur l'homme peut produire.

Il y aurait donc le plus grand intérêt scientifique à ce que des observateurs comme Nicoulau, comme Tchernogouboff ou Mguebrow missent en culture et en observation attentive tous les cas de dermatophytie un peu étrange qui s'offrent à eux, spécialement tous les cas de favus de forme un peu extraordinaire et inattendue qu'ils rencontreraient. En somme il s'agit de savoir si dans les cas d'herpès circiné chronique de leur pays il n'y aurait pas parfois de petits godets faviques concomitants, quelle culture ils obtiendraient de ces godets, et ce que donnerait à l'homme la réinoculation de ces godets.

Il faudrait évidemment prévoir dans un milieu très contaminé la possibilité de rencontrer deux dermatophyties différentes sur le même malade. A l'époque où j'ai pris en mains la direction de l'école Lallier et où tous les cas de favus et trichophyties y vivaient pêle-mêle, j'ai pu observer deux enfants atteints de favus qui s'y étaient contaminés de trichophytie. Il serait donc possible qu'on rencontrât un malade présentant, au cuir chevelu, un favus dû à l'*Achorion de Schœnleïn*, et sur la peau glabre une dermatophytie due à la culture violette. Mais ce sont là des faits exceptionnels qui ne doivent leur origine qu'à une promiscuité excessive, très rarement réalisée.

Il est mille fois plus ordinaire, et de règle on peut dire absolue, de ne rencontrer sur le même malade que le même parasite en toutes ses lésions même disparates. Néanmoins si l'on veut tirer au clair le problème que pose désormais le Dermatophyte à culture violette il serait nécessaire d'ensemencer séparément chacune des lésions différentes qu'un malade atteint par cette infection pourra présenter, spécialement quand on rencontrera, en Russie ou ailleurs, un petit godet de la peau glabre sur un cercle trichophytoïde *(favus herpéticus)*, on devra non seulement ensemencer ces petits godets, mais *rechercher avec grand soin si le malade ne présente pas sur le cuir chevelu* quelques éléments *de tondante* et savoir quel parasite cette tondante donne à la culture, et aussi quel aspect prend le parasite dans le cheveu.

Je ne m'étonnerais pas beaucoup que ces recherches fussent assez promptement suivies de succès et qu'on rencontrât un jour, sur le même patient, une tondante à culture violette, un ou plusieurs cercles trichophytiques sur la peau glabre, et sur un de ces cercles, de petits godets faviques évidents. Sans doute faudrait-il que ces cas fussent étudiés par des techniciens assez expérimentés pour que leur observation écartât par des expériences méthodiques toutes les objections possibles. Sans quoi le même doute persisterait après elle.

L'étude de ce parasite est rendue plus difficile par ce fait que l'inoculation animale de sa culture violette n'a donné entre nos mains que des insuccès. Avec elle je ne suis jamais parvenu à provoquer chez le cobaye le parasitisme du poil. On serait plus heureux (l'expérience de Bruno Bloch le prouve), en prenant pour matière d'inoculation la poussière du godet lui-même ou peut-être en essayant l'inoculation directe au cobaye du cheveu parasité.

En tous cas ces expériences sont à faire et nous donneraient non seulement sur cette dermatophytie particulière mais sur toutes les dermatophyties, des idées générales plus larges que celles que nous pouvons tirer de l'étude des dermatophyties en notre pays.

Si ces expériences se trouvaient faites et confirmer ce que je crois, on pourrait alors envisager (théoriquement au moins) le parasite à culture violette avec l'achorion du favus comme l'un des premiers en date et des moins évolués de tous les dermatophytes, puisque à lui seul il pourrait faire toutes les lésions dermatophytiques connues, alors que tous les autres dermatophytes ne sont plus capables d'en déterminer que quelques-unes dans la production desquelles ils semblent s'être spécialisés.

Sans avancer trop d'hypothèses qui ne peuvent servir ici que de bases de travail, il n'en reste pas moins que le parasite jusqu'ici nommé *Trichophyton violaceum* est l'un des plus étranges et des plus intéressants que nous montre la flore dermatologique et que les connaissances que nous avons réunies à son sujet ne doivent être considérées que comme provisoires. C'est de ces connaissances que nous devons repartir pour étudier ses lésions sous un nouvel angle de vision avec de très grosses probabilités pour le chercheur de mettre au jour des faits nouveaux du plus haut intérêt.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1928.

Annales des Maladies vénériennes (Paris).

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, par M. KERCHBERG. *Annales des maladies vénériennes*, 23[e] année, n° 4, avril 1918, pp. 240-284.

Excellente revue générale sur les méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien, leur technique, leur valeur. H. RABEAU.

Gomme syphilitique avec réaction ganglionnaire, par MALHERBE (Nantes). *Annales des maladies vénériennes*, 23[e] année, n° 4, avril 1928, p. 286.

Observation d'un malade qui 14 ans après une syphilis mal traitée présente une gomme de la lèvre supérieure. Cette gomme s'ulcère, s'infecte et suppure abondamment. La présence d'une adénopathie sous-maxillaire douloureuse fit penser à un néoplasme et à la nécessité d'une intervention chirurgicale. Or il s'agissait bien d'une gomme qui guérit par le traitement spécifique ainsi que l'adénopathie.

H. RABEAU.

Sur quelques particularités morphologiques du syphilome primaire de certaines localisations. Essai d'interprétation pathogénique, par S. NICOLAU. *Annales des maladies vénériennes*, 23[e] année, n° 5, mai 1928, p. 321.

Les syphiligraphes ont depuis très longtemps attiré l'attention sur les dimensions exagérées des chancres syphilitiques se développant dans certaines régions. N. montre une autre particularité morphologique se traduisant par le développement autour du syphilome et parfois à une certaine distance de lui d'un nombre plus ou moins important de formations papuleuses de dimensions variables. Elles seraient dues à des proliférations spirochétiques locales, s'observant le plus souvent autour de syphilomes de grandes dimensions. Pour N. les choses se passent comme si certains territoires cutanés se défendaient plus mal et se laissaient plus facilement envahir que les autres. Suivant la date de la pullulation spirochétique et la résistance opposée par les téguments on aura suivant les cas soit un chancre géant, soit un chancre avec prolifération éruptive périphérique (3 observations, 3 figures). H. RABEAU.

Troisième chancre syphilitique de réinfection. Contribution à l'étude de la réinfection, par E. ORPHANIDÈS. *Annales des maladies vénériennes*, 23[e] année, n° 5, mai 1928, p. 332.

Curieux exemple de réinfection syphilitique multiple après des traitements insignifiants. Comment juger de la valeur d'une médication antisyphilitique par l'apparition d'une réinfection alors qu'il est des cas comme celui-ci où la syphilis s'éteint d'elle-même à la suite de traitements insignifiants. H. RABEAU.

Notes sur les méthodes à ne pas employer en prophylaxie sociale antivénérienne, par R. Barthélemy. *Annales des maladies vénériennes,* 23e année, n° 5, mai 1928, p. 336.

Il ne faut pas se complaire, dit-il, dans l'espoir utopique d'une panchasteté sociale, ou penser que la prostitution sera supprimée parce qu'elle sera rayée des textes officiels. C'est en augmentant « les chances de sécurité de la prostitution régulière » qu'il faut agir. H. Rabeau.

Contribution à la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre difficiles et rebelles, par M. Sorrentino. *Annales des maladies vénériennes,* 23e année, n° 5, mai 1927, p. 342.

S. a obtenu des résultats brillants en utilisant la diathermie endourétrale ; après 4 ou 5 séances de diathermie il alterne les séances de dilatation et de diathermie. La guérison avec cette méthode combinée est plus stable et durable. H. Rabeau.

La blennorrhagie des « bongres » (tryptique clinique, psychologique, bactériologique), par Belgodère. *Annales des maladies vénériennes,* 23e année, n° 5, mai 1928, p. 346.

A propos d'une observation de malade ayant contracté une blennorrhagie par voie rectale avec un partenaire dont l'examen ne révèle aucune trace d'affection gonococcique. B. pose de nouveau la question : Un homme peut-il contracter une affection vénérienne avec un homme-femme indemne ? Il rapporte certains faits troublants, discute des critères actuels d'identification du gonocoque et demande aux bactériologistes d'approfondir l'étude de la flore rectale. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Epilepsie jacksonienne cinq mois après le chancre, par G. Milian et Lotte. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, n° 4, avril 1928, pp. 209-212.

Malade insuffisamment traitée qui trois mois après une roséole fait des crises jacksoniennes comme symptôme révélateur d'une méningite syphilitique accompagnée d'une ébauche d'hémiparésie droite avec aphasie. A. Bocage.

Un nouveau stigmate de syphilis héréditaire : l'hyperostose de l'extrémité sternale de la clavicule droite, par G. Higoumenakis. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, n° 4, avril 1928, pp. 213-221.

Rencontrée chez 10 o/o des malades d'une consultation d'hôpital, l'hyperostose de l'extrémité sternale de la clavicule se voit aussi à gauche chez les gauchers ou chez ceux que leur profession fait se servir surtout de leur main gauche. A. Bocage.

Dysidrose guérie par le traitement antisyphilitique, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 4e année, n° 4, avril 1928, pp. 225-226.

Observation d'un malade sans antécédents ni signes de syphilis

évidente, complètement guéri en six jours par deux injections de novarsénobenzol au douzième jour d'une dysidrose typique.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Les oléates métalliques, par Veyrières. *Bulletin médical,* 42e année, n° 20, 9-12 mai 1928, p. 531.

Les oléates métalliques sont presque ignorés en France. Leistikow (trad. Darier) rapporte que les oléates sont couramment utilisés en Allemagne et plus encore en Amérique et en Angleterre. Il croit à la grande facilité d'absorption de l'oléine par la peau, cette oléine entraînant les métaux qu'elle a dissous. V. a repris l'étude de ces préparations et obtenu avec la graisse de cheval un oléate de zinc différent de celui de Schœmaker et un oléate de bismuth (huile brune) qui pourrait être expérimenté dans le traitement local du chancre et en injections ou en frictions comme les préparations mercurielles.

H. Rabeau.

Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la langue, par P. Moure. *Bulletin médical,* 42e année, n° 21, 16-19 mai 1928, p. 561.

M. a opéré 42 malades de 1920-1925. 8 morts opératoires. Sur 23 malades qui ont pu être suivis 12 sont morts de récidives, sur les 11 autres, 2 sont morts de maladie, 9 sont actuellement vivants. Sur les 12 récidives, 4 ont récidivé dans la langue, 8 dans les ganglions (2 après curage bilatéral, 6 après curage unilatéral). Ayant étudié ses observations voici la ligne de conduite de M. : 1° petits cancers débutant extirpation large au bistouri, à l'anesthésie locale ; mortalité nulle, 80 o/o de guérisons ; 2° Cancers encore limités extirpation large au bistouri, s'il y a récidive, radium ; 3° Cancers difficilement accessibles ou siégeant au niveau du plancher, radium. Pour lui le rôle de la chirurgie paraît encore prépondérant dans la lutte contre l'épithélioma de la langue.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

L'injection intraveineuse en milieu sucré préservatrice de l'endoveine, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, du paludisme, de l'encéphalite léthargique, des toxémies tricophytiques, par G. Rosenthal. *Journal de médecine de Paris,* 48e année, n° 21, 29 mai 1928.

Nous avons déjà signalé cette méthode de l'excipient sucré (voir *Annales de Dermatologie,* n° 7, juillet 1918, p. 608). R. a réalisé une série de préparations de salicylate de soude, de quinine, de quinidine, de chlorure de calcium en milieu sucré, dont il donne les formules et qui constituent un réel progrès thérapeutique.

H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

Sur les « eczémas » microbiens, par R. Sabouraud. *Presse médicale,* 36e année, n° 36, 5 mai 1928, p. 563.

Dans cette belle conférence donnée à l'hôpital général de Rouen S. après avoir traité de l'eczéma en général montre que ne pouvant donner de l'eczéma une définition étiologique, ou symptomatique, il faut se contenter d'une définition anatomique. Autrefois deux opinions irréductibles presqu'inverses ; l'une eczéma, maladie de cause interne, l'autre eczéma, maladie d'origine externe et microbienne. La vérité, dit S. devait faire son chemin entre les deux théories. C'est par l'étude des intertrigos que l'on commença de comprendre ce qu'étaient ces confusions. De l'ancien intertrigo considéré comme une macération des plis on a pu séparer l'érythrasma, l'*eczema marginatum* de Hebra, l'impétigo streptococcique des plis, une oïdiomycose des plis. De même la question si complexe du grand eczéma a été éclairée par la découverte de l'anaphylaxie. Etudiant plus spécialement les manifestations dites eczémas du cuir chevelu, S. distingue trois types cliniques qui sont d'origine microbienne : 1° l'ancien eczéma séborrhéique de Unna, le pityriasis stéatoïde eczématisé de Sabouraud, monococcides eczématiformes ; 2° un type de streptococcides eczématiformes issu de l'intertrigo rétro-auriculaire ; 3° une acné nécrotique miliaire, staphylococcides eczématiformes. De ces distinctions étiologiques découle un traitement particulier pour chaque forme, et un pronostic tout différent. H. RABEAU.

Epidémie de trichophytie cutanée déterminée par le « Trichophyton niveum radians » (Sabouraud). Polymorphisme des lésions, réactions humorales, par P. RAVAUT, BASH et RABEAU. *Presse médicale*, 36e année, n° 39, 16 mai 1928, p. 609, 16 fig.

L'étude complète de cette épidémie qui a réalisé une vaste expérience (99 malades) paraîtra dans les *Annales*. Elle a permis de saisir des notions intéressantes sur la contagion, le polymorphisme des lésions cutanées produites par un même parasite évoluant sur différents individus. L'intérêt des réactions tumorales, la valeur de la réaction à la tricophytine y apparaît très grande. Les belles photographies qui illustrent cet article montrent en parallèle la lésion initiale et l'intradermo-réaction à la tricophytine et on ne peut manquer d'être frappé de l'importance de ces réactions ; mieux qu'un texte elles permettent de se rendre compte de ce polymorphisme des lésions, et de la difficulté du diagnostic étiologique de telles formes. H. RABEAU.

Zona et varicelle, par E. FRANÇOIS-DAINVILLE et HENRY REYNAUD. *Presse médicale*, 36e année, n° 42, 26 mai 1928.

Nouvelle observation à ajouter à celles réunies par Netter et aux recherches expérimentales de Netter et Urbain. Varicelle apparaissant chez la fille d'une nourrice 14 jours après le début du zona. 5 autres enfants présentent une varicelle 4 jours après. H. RABEAU.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif, dont le « treponema pallidum » ne serait qu'une des phases connues, par LEVADITI,

Schœn et Sanchès-Bayarri. *Annales de l'Institut Pasteur*, 42e année, mai 1928, no 5, p. 475, 5 figures.

Cette hypothèse fut déjà envisagée par Schaudinn et de nombreux auteurs après lui. L. et ses collaborateurs ont repris cette question sur des bases expérimentales. Malgré la virulence fréquente des ganglions lymphatiques provenant de lapins syphilisés, examinés pendant la période active de la maladie ou au cours de la tréponémose « inapparente » le *treponema pallidum* ne peut être décelé dans les ganglions que tout à fait exceptionnellement. Or l'inoculation sous-scrotale de ces ganglions virulents, mais en apparence dépourvus de tréponèmes provoque l'éclosion d'un nodule d'aspect syphilomateux, riche en parasites spiralés ou en voie d'involution. Simultanément la structure lympho-réticulaire du greffon change d'aspect. Il semble donc plausible d'admettre que le tréponème n'est qu'une des phases du cycle évolutif du virus syphilitique. Ce cycle doit comporter d'autres formes invisibles par nos moyens actuels. Les auteurs ont constaté des formes d'involution, et particulièrement des granulations rondes, ovalaires, ou irrégulières de 0,1 μ à 0,3 μ. Pour eux ces formes ultra-microscopiques représentent la phase pré-spirochétienne du virus syphilitique. Cette hypothèse permet d'expliquer : 1° l'infection syphilitique latente avec présence de virus dans certains tissus dépourvus de tréponèmes ; 2° la possibilité de certains cas de paralysie générale ou de tabès sans spirochètes dans le névraxe, et peut être l'inefficacité fréquente des traitements spécifiques dans la parasyphilis ; 3° les récidives survenant en dépit des meilleurs spécifiques, les formes de résistance étant moins sensibles aux agents chimiothérapiques que les formes végétatives (spirochétiennes). H. Rabeau.

Méthode de diagnostic sérologique de la lèpre, par Marchoux et Caro. *Annales de l'Institut Pasteur*, 42e année, mai 1928, no 5, p. 542.

Les auteurs ont étudié la réaction de sédimentation des hématies formolées du mouton (technique de Rubino), mélange à parties égales de sérum lépreux et de suspension globulaire formolée ; dans 50 o/o résultats positifs, toujours négatifs pour tout autre sérum. Si on ajoute 5 parties de sérum pour 1 partie de suspension formolée, la réaction a été positive dans tous les cas de sérum lépreux étudiés. Même avec cette technique modifiée elle est restée négative en dehors de la lèpre. On trouvera précisée la technique de Rubino, les modifications proposées par M. et C. et l'étude des éléments de la réaction.

H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

La Piedra du Paraguay, par G. Delamare et G. Gatti. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 92e année, 3e série, t. XCIX, no 19, 8 mai 1928, pp. 500-503.

Elle respecte les femmes et les vieillards, et n'a pas de contagion familiale. Les nodules siègent à la partie moyenne des cheveux longs

du dessus de la tête, au nombre de 2 à 3 par cheveu, d'un diamètre inférieur au millimètre, de couleur noire. Les cheveux gardent leur résistance normale. Les auteurs après avoir détaillé l'aspect microscopique des nodules, et les caractères des cultures concluent à l'existence d'un *Trichosporum* plus voisin de *T. Hortai* que de *T. giganteum*. A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

A propos de la bismuthothérapie et du traitement sulfuré, par A. LEGRAND. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, nº 8, 28 avril 1928, p. 246.

La médication sulfurée tant par voie buccale (soufre colloïdal) que par bains sulfureux est un heureux adjuvant de la médication bismuthée qu'elle permet de mieux supporter. L. a soumis tous ses malades à cette médication. Dans les cures d'entretien jamais il n'a observé de liseré gingival et la tolérance musculaire a été parfaite. Chez les malades ayant besoin d'un traitement intensif le traitement est parfaitement toléré, ce n'est qu'exceptionnellement qu'un léger liseré est constaté, la souplesse des muscles est parfaitement conservée. Pour lui la médication sulfurée est inséparable de la médication bismuthée et doit être utilisée intus et extra. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

Hygroma et polysynovite tendineux subaigus syphilitiques, par LAIGNEL-LAVASTINE et HENRI ALSOILLE. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 44e année, 3e série, nº 16, 17 mai 1928, p. 746.

Observation de cette affection peu fréquente, remarquable par sa généralisation, par l'électivité du processus pour le système séreux (gaines tendineuses et lésions séreuses) à l'exclusion des synoviales articulaires, des plèvres, du péricarde. Evolution subaiguë et douloureuse. La concomitance de lésions nerveuses, cutanées et d'une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive permet de rattacher le processus à la syphilis. H. RABEAU.

Granulomatose maligne à détermination ganglionnaire, cutanée et pleuro-pulmonaire, par G. CAUSSADE et J. SURMONT. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 44e année, 3e série, nº 16, 13 mai 1928, pp. 762-786.

Très belle observation dont nous ne pouvons donner qu'un rapide résumé. Homme de 53 ans, nullement suspect de syphilis ou de tuberculose qui présente comme première manifestation en février 1923, des adénopathies de l'aisselle. Evolution clinique en 6 mois environ. Manifestations d'abord axillaires, puis cutanés, pleurales et pulmonaires. *Adénopathies* : polymorphisme cellulaire classique avec légère polynucléose, éosinophilie seulement partielle et évolution scléreuse, intense et rapide. *Affection cutanée* : poussées successives d'érythème

d'abord rosé, puis rouge vineux, suivies de granulations intradermiques, avec desquamation intense, écailleuse donnant l'aspect d'une carapace blanche, puis brune, puis verdâtre ; sièges : périmamelonnaires, thoracique gauche, biaxillaire, pigmentation cutanée non seulement autour de la dermite mais aussi sur le tronc et les membres inférieurs. Prurit généralisé peu intense, assez marqué sur la dermite. *Eosinophilie sanguine* à 40 o/o seulement peu de temps avant la mort. *Fièvre* pendant 3 mois à 38°, les derniers jours au-dessus de 39°. *Affection pleuro-pulmonaire* la dernière en date apparue seulement 2 mois avant la mort.

Histologie : Chaque organe ou tissu a réagi suivant sa propre structure ; lignée lympho-conjonctive ; prédominance des cellules conjonctives et des plasmocytes ; lignée réticulo-endothéliale (ganglion, poumon) avec réaction endothéliale accusée.

Étiologie : Tous essais, examens directs, cultures inoculations négatifs.

Les auteurs font suivre cette observation d'une bibliographie (affection cutanée seulement) et d'une discussion des observations publiées.

H. Rabeau.

Traumatisme crânio-cérébral. Contamination spécifique. Paralysie générale trois ans plus tard, par L. Marchand et A. Courtois. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 17, 24 mai 1928, p. 797.

Une jeune fille de 21 ans se tire une balle de revolver au niveau de la bosse frontale droite. Trépanation, guérison.

A 26 ans elle contracte la syphilis. Elle est soignée pendant plusieurs mois. Trois ans après affaiblissement progressif de la mémoire, troubles de l'auto-critique, puérilisme, ingénuité niaise. Crises épileptiformes, exagération des réflexes tendineux, inégalité pupillaire, parole spasmodique et monotone, tremblement fibrillaire de la langue. Bordet-Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien fortement positif. Benjoin de type paralytique. Cachexie progressive aboutissant à la mort. Les auteurs estiment que le traumatisme a joué un rôle d'appel pour la localisation du tréponème dans le cerveau et aussi a diminué le temps de latence entre la contamination syphilitique et l'apparition des premiers signes de paralysie générale. H. Rabeau.

Généralisation cutanée d'un sarcome lymphoblastique après une vaccination jennérienne, par E. Sergent, R. Turpin et H. Durand. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 17, 24 mai 1928, p. 816.

Une vaccination jennérienne effectuée chez un malade atteint de lympho-sarcomatose, déclenche une aggravation brusque des signes généraux et une efflorescence cutanée de nodules néoplasiques. Les auteurs se demandent si le virus vaccinal ne jouerait pas ici le rôle de ces tréphones dont Carrel a montré l'importance dans l'extension des sarcomes expérimentaux. H. Rabeau.

L'action des traitements spécifiques sur la pression artérielle des

syphilitiques, par A. Sezary et J. Heitz. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, nº 17, 24 mai 1928, p. 822.

Les traitements antisyphilitiques peuvent être employés sans danger chez des sujets hypertendus, si leur hypertension n'est pas secondaire à une altération rénale grave. L'action hypotensive que ces médications provoquent fréquemment vient s'associer utilement à l'influence qu'elles exercent sur les lésions de l'aorte, des artères périphériques ou du myocarde toujours possibles chez des syphilitiques hypertendus.

Les auteurs ont abouti à cette conclusion inattendue ; c'est que très vraisemblablement les injections répétées d'arsénobenzène et de bismuth sont capables, assez fréquemment, d'abaisser une pression artérielle trop élevée ou même normale chez des sujets non syphilitiques et indemnes de lésions rénales. H. Rabeau.

Les accidents du traitement spécifique de l'aortite syphilitique. Réaction de réactivation et réaction de résolution, par Ed. Doumer. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, nº 18, 31 mai 1927, p. 853

D. pense qu'il faut distinguer dans ces réactions celles survenant au cours du traitement, celles du début (réaction d'Herxheimer) et celles qui surviennent plus tardivement. Alors que les premières réclament la continuation d'un traitement intensif, les secondes qu'il nomme réactions de résolution demandent de le suspendre ou de le modérer pour éviter une action trop brutale du médicament. Pour ces malades il propose de remplacer les arsénobenzènes par le bismuth ou simplement par un traitement mercure et iodure. Il faut donc dans chaque cas adapter l'intensité du traitement aux réactions du sujet.

H. Rabeau.

Artérite pulmonaire subaiguë chez un syphilitique atteint de maladie mitrale, par F. Tremolières, A. Tardieu et R. Nativelle. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année nº 18, 31 mai 1928, p. 860, 2 figures.

Observation intéressante d'un cas d'artérite pulmonaire subaiguë avec dyspnée, cyanose, hémoptysies répétées, signes d'insuffisance ventriculaire droite. Les caractères radiologiques et évolutifs s'ajoutent aux constatations cliniques. Cette artérite pulmonaire est due à la fois au rétrécissement mitral et à la syphilis. L'examen histologique montre des lésions de périartérite spécifique mutilante et végétante sur des coupes intrapulmonaires ; au niveau de la bronche primitive des lésions de sclérose endartéritique, au niveau des premières ramifications bronchiques des foyers athéromateux. Ces modalités lésionnelles expliquent la pathogénie complexe de l'artérite : troubles mécaniques et trophiques d'une part, syphilis d'autre part. Enfin à la faveur de l'artérite une injection banale (pneumocoque) peut s'ajouter à l'infection spécifique et à l'hypertension pour compliquer les lésions et en précipiter l'évolution. H. Rabeau.

Artérite pulmonaire syphilitique chez un cardiaque noir, par G. Caussade et A. Tardieu. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, no 18, 31 mai 1928, p. 871, 2 fig.

Nouvelle observation d'un cas d'artérite pulmonaire, dans laquelle l'étiologie spécifique repose non seulement sur les caractères histologiques des altérations vasculaires, mais encore sur la constatation de lésions pleuro-pulmonaires surajoutées, réalisant, presque schématiquement, le type de la cortico-pleurite insulaire, mutilante et syphilitique de Letulle et Dalsace. H. Rabeau.

Artérite syphilitique pleurale, par Rudaux et Durante. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, no 18, 31 mai 1928, p. 878, 2 fig.

Observation d'une malade hérédo-syphilitique avec Bordet-Wassermann positif, traitée à plusieurs reprises. Une fausse couche de 4 mois, une seconde grossesse est menée à terme grâce au traitement, une troisième grossesse aboutit à une fausse couche de 2 mois 1/2. Une gangrène de la corne utérine droite, malgré une hystérectomie, entraîne la mort par péritonite suppurée. A l'autopsie au niveau du bord inférieur de la face externe de la plèvre on constate de nombreux filaments blancs, sinueux, superficiels ne faisant pas corps avec le poumon. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une mésartérite pure, d'une myosite subaiguë hypertrophique de la paroi artérielle. Cette artérite pleurale ne porte aucune signature et sa nature resterait incertaine s'il n'y avait pas les antécédents de la malade.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon.

Leucémie aiguë à type pseudo-scorbutique, par J. Nicolas et Lebeuf. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1928, no 201, p. 271.

Observation se rapportant à un jeune homme de 25 ans entré à la Clinique dermatologique de l'Antiquaille pour une stomatite pseudo-scorbutique intense dont la nature fut révélée par les examens hématologiques.

Ce malade présentait en outre des hémorragies bucco-gutturales, urinaires et cutanées, des adénopathies généralisées et un état général très grave avec fièvre élevée. Le foie était sensiblement augmenté de volume. Il n'y avait pas de splénomégalie. La rapidité de l'évolution et les constatations nécropsiques confirmèrent le diagnostic de leucémie aiguë à formule cytologique relativement rare.

Jean Lacassagne.

Notes cliniques sur une variété de déformation hypertrophique du bord antéro-interne des pieds. Contribution à l'étude des lésions syphilo-traumatiques, par MM. Favre, Thiers et Lagèze. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1928, no 201, p. 277.

Les auteurs rapportent trois observations de lésions complexes inflammatoires, localisées à la colonne du premier métatarsien et des orteils correspondants, se traduisant par une déformation hypertrophique du bord antéro-interne du pied.

Aux lésions ostéo-périostiques et articulaires inflammatoires s'ajoutent des altérations des parties molles.

Dans les trois cas rapportés, l'étiologie syphilitique de ces altérations inflammatoires complexes est certaine.

Les auteurs expliquent par le traumatisme physiologique de la marche, la localisation élective de l'inflammation syphilitique au bord antéro-interne du pied.

La déformation hypertrophique inflammatoire qu'ils étudient leur paraît un nouvel exemple de ces manifestations syphilo-traumatiques dont des travaux récents ont montré toute l'importance.

Jean Lacassagne.

Prostitution et prophylaxie antivénérienne. A propos d'un nouveau projet de loi, par Carle et Jean Lacassagne. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 201, 20 mai 1928, p. 291.

Une proposition de loi présentée au Sénat par M. Justin Godart supprime toute surveillance administrative et médicale de la prostitution, et propose d'autres moyens de défense sociale.

Parmi ces moyens les auteurs approuvent, sous certaines réserves, l'établissement du délit de racolage. Bien plus délicate paraît la création du délit de contamination, basé sur la plainte de la victime. Ce procédé de prophylaxie apparaît aux auteurs absolument nul, étant donné les erreurs certaines de dénonciation, et les difficultés de la vérification, même avec le concours de la police et des médecins.

La transformation sanitaire des services policiers, telle qu'elle a été opérée à Lyon depuis 1900, avec éducation des filles, examens sérologiques et traitements ambulatoires, paraît aux auteurs la meilleure solution. Quant à la maison close sa disparition, qui réjouit si fort les moralistes, est très regrettable du point de vue sanitaire. La prostituée clandestine sera toujours la plus dangereuse ; il sera toujours plus facile de nier son existence que de la surveiller et de la traiter.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Les tumeurs des organes internes dans le mycosis fongoïde (Ueber Tumoren innerer Organe bei Mycosis fongoides), par Emil Liechti. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 2, 1928, p. 246, 2 figures.

L'auteur décrit deux cas de mycosis fongoïde avec examen détaillé des lésions cutanées et viscérales présentées par les malades. Dans les deux cas, dont un du type classique de Besnier, l'autre du type Besnier-Hallopeau, il constata dans les organes internes de grands infiltrats sous forme de tumeurs.

La formule sanguine fut à peu près normale dans le premier de ces cas, on trouva néanmoins des leucocytes à noyaux condensés et à formes de passage vers les myélocytes, formes qui parlent en faveur d'une irritation de la moelle osseuse.

Les infiltrats cutanés présentèrent dans les deux cas la structure

d'un granulome. Ils se transformèrent dans un cas en tumeurs localisées, dans l'autre en tumeurs plus diffuses avec une structure uniforme rappelant un lymphosarcome.

Il exista dans le cas I une grande tumeur de la surrénale droite tout à fait semblable à un lymphosarcome primitif, tandis que les infiltrats multiples des ganglions lymphatiques, de la rate, du foie et des surrénales dans le second cas firent penser à une lymphosarcomatose Il faut, d'après l'auteur, différencier nettement le mycosis fongoïde du simple lymphosarcome : il s'agit dans le mycosis fongoïde d'une lésion qui perd facultativement son caractère de granulome et ne prend que secondairement l'aspect d'un sarcome.

Olga Eliascheff.

Sur la question de la nature des « métastases » dans le mycosis fongoïde (Zur Frage des Wesens der « Metastasen » bei Mycosis fongoides), par P. Eichler et H. G. Rottmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, no 2, 1928, p. 300, 8 figures.

Observation et discussion d'un cas de mycosis fongoïde de forme classique avec nodules dans les poumons, le pancréas, la thyroïde et des lésions spécifiques du mycosis des ganglions axillaires et inguinaux.

La structure histologique des tumeurs des organes et des nodules profonds de la peau est identique. Ces nodules sont composés d'un tissu polymorphe à grandes cellules caractéristiques pour le mycosis fongoïde. Le réticulum est plus ou moins riche en lymphocytes, éosinophiles et plasmocytes. De grandes cellules mononucléaires dominent dans tous les nodules, elles composent exclusivement par places les tissus. Ces cellules riches en mitoses infiltrent les vaisseaux, les follicules de la thyroïde et les glandes du pancréas. L'infiltrat prend dans plusieurs points l'aspect d'une tumeur maligne.

Tandis que les petits et grands foyers d'infiltration de la peau présentent l'aspect d'un tissu de granulation, quelques points des nodules profonds de la peau et des organes internes rappellent tout à fait la structure des sarcomes.

Il se pose donc la question de savoir s'il s'agissait dans le mycosis fongoïde de véritables foyers métastatiques dans les organes internes ou de la prolifération autochtone d'un tissu d'origine locale, prolifération produite par l'agent pathogène inconnu. Le mycosis fongoïde est-il un blastome ou un granulome, ou encore existe-t-il un stade terminal blastomateux du granulome primitivement inflammatoire ?

L'auteur ne trouve aucune preuve pour confirmer la nature métastatique des nodules dans les organes. Malgré les lésions du tissu mycosique rappelant une tumeur maligne, comme les grandes cellules riches en mitoses, la croissance destructive locale et surtout l'infiltration très grande des parois vasculaires avec destruction par places du tissu élastique de l'intima et la pénétration de cet infiltrat dans la lumière vasculaire, on n'a pas le droit de conclure à un sarcome.

Il s'agit dans cette forme classique du mycosis fongoïde d'une maladie chronique, spécifiquement granulomateuse. On doit considé-

rer les localisations lésionnelles dans les organes internes comme des lésions autochtones analogues à celles de la peau.

L'opinion de Frayer et d'autres auteurs que le mycosis fongoïde est dès son début un lymphosarcome réticulo-cellulaire est à rejeter.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la présence de l'agent pathogène de l'herpès dans les éruptions zostériformes (Darier) et sa valeur pour le diagnostic différentiel (Ueber den Nachweis des Herpeserregers bei zosteriformen Eruptionen (Darier) und seine differential diagnostische Bedeutung), par HELMUTH FREUND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t CLIV, n° 2, 1928, p. 278.

Les éruptions zostériformes de Darier sont d'après F. des formes spéciales du simple herpès ; on les confond dans la bibliographie récente avec le zona.

L'auteur apporte deux cas personnels d'éruptions zostériformes de la région de la deuxième branche du trijumeau dont une se présenta cliniquement sous forme d'un zona ; elle fut précédée de brûlures et de démangeaisons et suivie d'une éruption bulleuse. L'inoculation à la cornée du lapin fut dans ces deux cas positive.

L'auteur insiste, pour éviter la confusion, sur la nécessité de séparer nettement l'herpès zoniforme, dans lequel on peut démontrer la présence du virus herpétique, du zona. OLGA ELIASCHEFF.

Sur une glossite épidémique en Palestine (Ueber eine epidemische Glossitis in Palästina), par L. KATZENELLENBOGEN *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 2, 1928, p. 269.

Description de 68 cas de glossite épidémique en Palestine pendant les mois de décembre, janvier et février 1927. Après une incubation de quelques semaines (2-3 ?) surviennent des douleurs de la langue, cette dernière devient œdémateuse, les papilles augmentent de volume et elles se recouvrent d'un enduit crémeux. La pointe de la langue est remarquablement pâle. Courbature générale avec fièvre. Dans la troisième semaine de la maladie débutent une inflammation des lèvres avec lésions excoriées des commissures labiales ressemblant aux perlèches et des maux de gorge. Guérison après 6-8 semaines, mais on observe des récidives.

Cette maladie se manifeste chez des ouvriers émigrés (80 o/o), des Russes, Polonais et Perses qui vivent ensemble. Les frottis des lésions linguales contenaient dans tous les cas et presque exclusivement des pneumocoques, dans un seul cas seulement aussi des bacilles de Friedlænder.

Le médicament le plus actif fut le salvarsan.

OLGA ELIASCHEFF.

Les nerfs cutanés. Les cellules de Langerhans (Die Hautnerven. Die Langerhans-Zelle), par C. KREIBICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 2, 1928, p. 329, 17 figures.

Bibliographie et recherches personnelles sur l'origine de la cellule de Langerhans dans l'épiderme. Cette cellule provient d'après K. du

derme et arrive par migration dans l'épiderme, elle est en rapport avec le système nerveux. La dénomination courante de neurocyte, neurodentrite doit indiquer uniquement ce rapport. Les neurocytes peuvent contenir du pigment. OLGA ELIASCHEFF.

Hypersensibilité de la peau aux rayons de Rœntgen et hypersensibilité-maladie (Rœntgenhypersensibilität der Haut und Ueberempfindlichkeitskrankheiten), par LUDWIG HAAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, nº 2, 1928, p. 428.

L'auteur qui a déjà dans un travail antérieur (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1922) attiré l'attention sur le rôle des troubles endocriniens dans l'étiologie de l'hypersensibilité cutanée aux rayons X, apporte de nouveau 55 cas sur 2.000 malades soumis à ce traitement, Il observa cette hypersensibilité de la peau dans la maladie de Basedow, le prurit (*lichen simplex* de Vidal), le psoriasis, la séborrhée, la rhinite vasomotrice, dans l'eczéma, l'asthme, l'urticaire et le dermographisme.

Un groupe de ces malades présenta en même temps des troubles endocriniens, un autre groupe des « lésions de l'hypersensibilité » (« Idionsyncrasie-maladie »). Cette hypersensibilité est donc loin d'être rare et il faut dans ces cas être très prudent pour le dosage.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la question du recul de la syphilis et de la modification de ses caractères (Ueber die Frage des Rückgangs der Syphilis und der Anderung ihres Charakters), par A. MACHAERAS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 18, mai 1928, p. 605.

En 1920 : 9 o/o de syphilis primaires et secondaires, 1,62 o/o de syphilis tertiaires, 8,27 o/o de syphilis latentes, 1,25 o/o de paralysie générale et tabès, 1,47 o/o de syphilis vasculaires et 0,6 o/o de syphilis cérébro-spinales.

En 1926, les chiffres deviennent respectivement : 2,3 o/o ; 0,88 ; 4,80 ; 0,72 ; 0,97 ; 0,25.

Même diminution de la syphilis héréditaire. L. CHATELLIER.

Sur un cas de parapsoriasis avec localisation sur la muqueuse vaginale du col utérin (Ueber einen Fall von Parapsoriasis mit Lokalisation an der Schleimhaut der Portio vaginalis uteri), par A. LANDESMANN et A. EINOCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, nº 19, mai 1928, p. 621.

Chez une femme atteinte d'un parapsoriasis en gouttes et en plaques, et traitée alors pour blennorrhagie, les auteurs voient apparaître, sur la portion vaginale du col utérin, une plaque blanchâtre, à contours nets, qui se transforma peu à peu en une large papule plate, pour revenir ensuite à l'état initial. Histologiquement, acanthose, œdème inter- et intra-cellulaire, épaisissement de la couche cornée et parakératose ; dans le rete, infiltration modérée de polynucléaires ; dans le derme, infiltrat lymphocytaire, et cellules épithélioïdes. Pas

d'autres applications locales que du permanganate et de la glycérine ichtyolée. L. CHATELLIER.

Contribution à la question du zona et particulièrement du zona généralisé (Beitrag zur Zosterfrage unter besonderer Berücksichtigung des Zoster generalisatus), par E. KEINING. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 20, mai 1928, p. 665, 4 fig. dans le texte.

Après avoir étudié les rapports du zona et de l'herpès, puis du zona généralisé et de la varicelle, K. rapporte une observation de zona généralisé avec liquide normal (40 cas déjà publiés) et conclut.

1° Que l'ancienne division en zona symptomatique et zona idiopathique doit être abandonnée pour la notion d'étiologie unique. Le développement du zona ne dépend pas seulement du virus spécifique, mais de circonstances variées qui permettent son action. Le parallèle étiologique et pathogénique entre l'herpès simple et le zona est justifié.

2° Pour des raisons épidémiologiques, cliniques et biologiques, on doit abandonner l'idée de l'identité de la varicelle et du zona. Il n'y a pas de lien entre la varicelle et le zona généralisé. Ce dernier est une forme des vésicules aberrantes. Le mécanisme de cette affection n'est pas encore éclairci. L. CHATELLIER.

Période d'incubation de la blennorrhagie (Inkubationsperiode bei Gonorrhœ), par M. SAIGRAJEFF et E. LINDE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 21, mai 1928, p. 695.

Pour les auteurs l'incubation clinique de la blennorrhagie peut atteindre 40 jours et sa durée dépend de facteurs variés, en particulier de la constitution locale et générale du sujet. Le diagnostic des différentes uréthrites microbiennes ne peut se faire sur la durée de l'incubation ; quand cette dernière est prolongée, elle s'accompagne d'infiltration profonde de l'urèthre. La durée de l'incubation est sans valeur pour juger s'il s'agit de récidive ou de réinfection. L. CHATELLIER.

Dermites professionnelles par les sels d'antimoine dans l'industrie textile (Gewerbliche Hautschädigungen durch Antimonsalze inder Textilindustrie), par A. SELISKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 22, juin 1928, p. 723.

S. a observé, en 18 mois, 200 cas de dermite professionnelle occasionnée par les sels d'antimoine et les produits acides intermédiaires qui se forment pendant le mordançage. Siège : main, avant-bras, membres inférieurs, pénis, lèvre ; cliniquement : dermite pustulo-nécrotique, du type pigeonneau ; histologiquement : nécrose périfolliculaire et abcès microscopiques dans le derme. Lésions identiques à celles provoquées par d'autres substances (chrome, acides, etc.).

L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Le sérodiagnostic de la syphilis avec des sérums frais (Die Serodiagnose der Syphilis mit aktiven Sereu), par L. BERETRAS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, fasc. 3/4, avril 1928, p. 161.

B. après avoir rappelé les objections faites à la réaction de Hecht, propose la technique suivante :

Dans 4 tubes, mettre o cm³ 2 de sérum frais ; étuve une demi-heure ; puis ajouter des doses croissantes de globules de mouton : 0,20 à 0,50. Surveiller l'hémolyse pour noter le moment où elle est achevée pour chaque tube. Quand la dose maxima de globules rouges hémolysés en une demi-heure, est de 0,50, prendre comme dose de réaction 0,30 ; quand elle est de 0,40, prendre 0,20 ; quand elle est de 0,30, prendre 0,10. Si le sérum a peu ou pas de pouvoir hémolytique, le mélanger à 0 cm³ 2 d'un sérum frais négatif fortement hémolytique et rechercher la dose optima comme ci-dessus. La surveillance de l'hémolyse permet de reconnaître les sérums fortement hémolytiques, pour qui le dosage préalable se fera avec de hautes doses de globules rouges : 0 cm³ 60, 0,70.

Comparée à la M. T. R. et à la R.-W., cette méthode, pour l'instant, est plus sensible, sans l'être trop, à condition de bien doser aussi le pouvoir anticomplémentaire de l'antigène. B. croit qu'en l'associant à la réaction de louchissement de Meinicke, on peut se dispenser de la réaction de Wassermann. L. Chatellier.

Un cas de lichen vaccinicus (Ein Fall von Lichen vaccinicus), par W. Richter. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, fasc. 3/4, avril 1928, p. 219, 2 fig. dans le texte.

Chez un enfant de 14 mois, bien portant, apparaît 14 jours après 4 inoculations vaccinales, une éruption de petites papules rouges, plates, polygonales, sans éclat ; peu de prurit. Guérison en 15 jours. Hyperkératose et infiltration lymphocytaire dans la zone papillaire et autour des vaisseaux profonds. L. Chatellier.

Sur la maladie de Fox-Fordyce (Zur Kenntniss der Fox-Fordyceschen Krankheit), par J. Konrad. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, mai 1928, H. 5., p. 289.

Deux cas types, guéris par la radiothérapie. Ch. Audry.

Rapports entre la syphilis tertiaire et la syphilis nerveuse, d'après l'étude du liquide céphalo-rachidien (Ueber die Beziehung zwischen tertiärer Lues und Nervenlues auf Grund von Liquor Untersuchungen), par B. Levin. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LII, n° 5, mai 1928, p. 296.

Les altérations du liquide céphalo-rachidien peuvent apparaître au cours de la syphilis tertiaire, en même temps que des manifestations cutanéo-muqueuses, et ces dernières, même fortes, ne garantissent pas contre une lésion du système nerveux. Dans un grand nombre de cas, ces altérations sont associées à des lésions des centres nerveux, et le tout a vraisemblablement une origine commune. Sans doute, les cas non traités présentent des lésions du liquide céphalo-rachidien plus fréquentes, mais même chez les malades traités, les résultats sont irréguliers. Ch. Audry.

Peut-on reconnaître l'infection syphilitique chez le chien, le mouton, la chèvre et le lama par l'infection ganglionnaire ? (Gelingt der

Nachweis der Syphilis infektion bei Hund, Schaf, Ziege und Lama durch Drüseninfektion ?), par B. Albrechts. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 1.

Des souches de tréponèmes virulents pour le lapin et tenaces chez le cobaye, le rat et la souris, sont incapables de provoquer une infection manifeste chez le chien, le mouton, la chèvre et le lama, quel que soit le mode d'inoculation. L'injection des ganglions de ces animaux, toujours négative, prouve qu'il n'y a pas de syphilis muette. Le sérum de lama n'a aucune action sur la syphilis expérimentale du lapin. L. Chatellier.

Sur la clinique de formes levures rares (Zur Klinik seltener Soorformen). par A. Alexander. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 5, 3 fig. dans le texte.

1° Deux cas de *dyshidrosis sicca lamellosa oïdiomyceta*, vérifiés par la culture et le traitement.

2° Un cas de paronychie levuraire compliquée ultérieurement de lésions levuraires de l'ongle lui-même. L. Chatellier.

Nouvelles contributions à la syphilis expérimentale du lapin (Weitere Beiträge zur experimentellen Kaninchensyphilis), par S. Bergel. *Dermatologische Zeitschrift*, t LIII, n° 4, avril 1928 p. 21, 7 fig. dans le texte,

La syphilis expérimentale du lapin n'est pas identique à la syphilis humaine. Cependant, sur l'animal, B. a constaté des lésions de l'aorte (anévrysmes), de la peau, des muqueuses, de la moelle (tabès, avec altération des cordons postérieurs, troubles vésicaux et rectaux), du rein, tout comme chez l'homme. Le spirochète à une prédilection particulière pour le tissu conjonctif, pour les parois des vaisseaux lymphatiques et sanguins. B. croit que le tissu réticulo endothélial, loin d'être une barrière au spirochète, en est le refuge. La réaction lymphocytaire constante des lésions syphilitiques traduit la défense de l'organisme, le lymphocyte sécrétant le ferment lypolytique qui détruit les spirochètes, figurés alors par des fragments résiduels.

L. Chatellier.

Recherches sur l'amélioration technique du sérodiagnostic de la syphilis (Versuche zur technischen Verbesserung der Serodiagnostik der Lues), par F. Blumenthal et K. Jaffe. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 54.

1° Les auteurs considèrent que la réaction de Müller (Ballungsreaktion) est vraiment spécifique et souvent plus sensible que la réaction de Wasserman et les réactions de floculation.

2° L'extrait alcoolique de spirochètes de culture peut remplacer les extraits d'organes, et, dans la syphilis primaire, il leur est supérieur, ce qui d'ailleurs prouve le rôle du tréponème dans les altérations sanguines de la syphilis. L. Chatellier.

Recherches comparatives sur la sigma-réaction et la réaction de Wassermann (Vergleichende Untersuchungen über die Σ-und die Wassermann-Reaktion), par H. Boas et K. Norel. *Dermatologische Zeitschrift* t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 63.

La sigma-réaction, proposée par Dreyer et Ward en 1921, est une réaction de floculation, avec un antigène cœur de veau cholestériné. Comparée à la réaction de Wasserman pratiquée avec un extrait d'organe syphilitique, la Σ-réaction se montre plus sensible dans la syphilis primaire ; de même valeur dans S² et dans S³ ; et plus sensible dans la syphilis latente et dans la syphilis héréditaire latente. Dans le liquide, la supériorité reste à la réaction de Wassermann, surtout dans la syphilis latente, à condition d'employer un extrait d'organe syphilitique. L. CHATELLIER.

Sur l'étiologie de l' « Impetigo herpetiformis » (Zur Ætiologie der *Impetigo herpetiformis*), par BRILL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 70.

Observation d'un cas d'*Impetigo herpetiformis* développé sur une femme en dehors de la grossesse et qui, après strumectomie meurt de tétanie et de cachexie strumiprive. B. rappelle les faits et théories concernant l'*Impetigo herpetiformis* et il conclut que cette affection est liée au métabolisme de la chaux, dont la régulation est sous la dépendance des glandes endocrines (thyroïde, hypophyse). D'où le rôle de la grossesse et les rapports entre l'*Impetigo herpetiformis* et l'ostéomalacie. L. CHATELLIER.

I. Un cas de sclérodermie universelle avec larges dépôts calcaires dans la peau. — II. Un cas de sarcomatose cutanée chez une jeune fille de 18 ans, consécutive à un sarcome de l'ovaire (I. Ein Fall von universeller Sklerodermie mit ausgebreiteten Kalkablagerungen in dem kutanen Gewebe. — II. Ein Fall von Sarcomatosis cutis bei einem achtzehnjährigen Mädchen, von einem Ovarialsarkom ausgehend), par E. BRUUSGAARD. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 80, 4 fig. dans le texte.

Dans le premier cas, larges dépôts calcaires par modification du métabolisme du calcium, dépôts parallèles à ceux du xanthome.

Dans le deuxième cas, généralisation, par envahissement lymphatique, des viscères (à l'exception du foie et de la rate) et de la peau d'un sarcome polymorphe à cellules rondes de l'ovaire gauche.

L. CHATELLIER.

Sur l'histopathogénèse des nævi à comédon (Zur Histopathogenese der Comedonen nævi), par S. BRÜNAUER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 91, 4 fig. dans le texte.

Un homme de 40 ans porte à la face postérieure, des deux jambes, deux placards à contours flous et semés de petites papules aiguës avec un comédon central. Cette lésion date de la première enfance et a résisté à toutes les thérapeutiques. Au microscope, on voit des follicules bourrés de formations cornées, identiques au comédon banal. Les follicules malades sont engainés dans un tissu conjonctif finement réticulé, riche en cellules, épaissi et tranchant sur le derme normal ; à ce niveau, disparition de l'élastine ; poils et sébacées n'existent pas, ou ne sont représentés que par des nids de cellules épithéliales, plus ou moins altérées, contenant parfois des gouttelettes de sébum. Le

muscle arrecteur est élargi. B. rapproche son observation de celles déjà publiées sous le nom de nœvus acnéiforme, de N. acnéique, de N. comédofolliculaire. L. CHATELLIER.

Le granulome inguinal (son extension aux Etats-Unis) [Granuloma inguinale (its spread in the United States)], par N. COLE, G. MISKJIAN et J. RAUSCHKOLB. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 127, 14 fig. dans le texte.

Le granulome inguinal, décrit au Brésil par Aragao et Vianna, et aux Etats-Unis par Grindon, se localise presque toujours à la zone génitale d'abord, pour s'étendre aux ganglions de l'aine, à l'anus et même aux cuisses. Il se présente sous la forme d'un tissu de granulation de couleur rouge vif, végétant, verruqueux, brillant, s'ulcérant parfois à la manière de chancres serpigineux. Evolution lente, aboutissant soit à l'atrophie cicatricielle, soit à l'hypertrophie éléphantiasique des régions atteintes (vulve, anus). Histologiquement, infiltration massive, fibrose réactionnelle, œdème et néoformations vasculaires ; les cellules de l'infiltrat se composent surtout de mononucléaires, de plasmazellen, de cellules épithélioïdes ; les cellules géantes y sont fréquentes. Dans les cellules endothéliales et les grands mononucléaires on trouve de nombreuses inclusions qui ressemblent aux corps de Donovan, et sont probablement les agents pathogènes, mais ils demeurent encore mal connus Cette affection est en progression aux Etats-Unis. Le « tartre émétique » à 1 o/o intraveineux et associé à KI paraît la médication spécifique et demande à être prolongé longtemps après la guérison apparente. L. CHATELLIER.

Granulome multiple du scrotum (Granuloma multiplex Scroti), par M. FRIBOCS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 172, 4 fig. dans le texte.

Sur le scrotum d'un enfant de 5 ans, se développèrent en quelques semaines plusieurs tumeurs, ovales ou rondes, brun-rouge, de consistance molle, indépendantes de la peau. La couleur rouge disparaît à la pression. Prurit modéré et pas de douleur. Antécédents nuls, pas d'altération sanguine. Au microscope, épiderme à peu près normal ; entre lui et la tumeur, lame de tissu conjonctif, peu infiltré. La tumeur elle-même est constituée par un infiltrat cellulaire dense, où l'on distingue des zones plus claires. Les limites de l'infiltrat sont incertaines, se perdant peu à peu dans le tissu conjonctif profond. Histologiquement, il est constitué de lymphocytes, de cellules plus volumineuses à noyau tantôt foncé tantôt clair, de clasmatocytes, de cellules endothéliales, de mastzellen, d'éosinophiles et de plasmocytes. Les mitoses n'y sont pas rares. Même structure, en somme, que dans les nodules lymphatiques bénins du scrotum, décrits par Mme Kauffmann Wolff. F. les considère plutôt comme des formations tumorales auxquelles prennent part tous les tissus constitutifs du scrotum. L. CHATELLIER.

Sur le syndrome rare de kératoses congénitales de la peau et de la cornée (Über das seltene Syndrom von kongenitalen Keratosen der Haut

und Kornea), par H. Fuhs. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 199, 4 fig. dans le texte.

Kératodermie symétrique des mains et des pieds, avec pachyonychie et dyskératose cornéenne symétrique, chez un homme de 47 ans, dont la mère et cinq sœurs (sur 7) présentent la même anomalie.

L. Chatellier.

Sclérodermia guttata follicularis avec hémiatrophie du visage et du corps, et symptômes endocriniens (Sclerodermia guttata follicularis mit halbseitiger Gesichts-und Körpersatrophie und endokrinen Krankheitssymptomen), par O. Grütz, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 227, 2 fig. dans le texte.

Taches de sclérodermie en gouttes, surtout sur le cou, les épaules et la région claviculaire, et portant au centre une squame adhérente ou une épine folliculaire hyperkératosique. Hypertrophie de la thyroïde. Vérification histologique. L. Chatellier.

Note additionnelle sur l'amyloïde de la peau (Weiteres über Amyloïd der Haut), par C. Guttmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 235, 4 fig. dans le texte.

Nouvelle et quatrième observation de cette dermatose chez une femme de 74 ans. Elle est caractérisée par des lésions papuleuses, hyperkératosiques par places, formant des placards de dimensions variables (jambe, avant-bras et bras), de couleur gris-blanc ou jaune-gris, avec crises violentes de prurit. Histologiquement, acanthose et hyperkératose, cette dernière surtout marquée au niveau des pores sudoripares et des follicules ; dans le derme papillaire épaissi, larges dépôts amyloïdes, toujours bien distincts de la basale ; le derme profond et le tissu sous-cutané ne contiennent pas d'amyloïde. G. insiste sur la ressemblance clinique de cette affection avec le lichen chronique de Vidal et propose de la nommer : *Amyloïdosis localis cutis nodularis et disseminata*. L. Chatellier.

Sur le lichen ruber hypertrophicus lœvis et le lichen obtusus (Ueber Lichen ruber hypertrophicus lœvis et Lichen obtus), par R. Habermann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 246, 4 fig. dans le texte.

Observation d'une tumeur cutanée cervicale, symétrique, superficielle, de consistance cartilagineuse et du volume d'une tomate, très prurigineuse ; à l'examen histologique, aspect caractéristique d'un lichen ruber folliculaire (acanthose épidermique doublée d'un infiltrat dermique dense et limité). H. préfère au terme très discuté de lichen obtusus le nom qu'il propose, pour bien indiquer les rapports de ce cas avec le lichen ruber. L. Chatellier.

Sur le traitement des tumeurs cutanées malignes qui ne guérissent pas par les Rayons X (Uber die Behandlung der mit Roentgenstrahlen nicht zu heilenden bösartigen Hautgeschwülste), par L. Halberstaedter et A. Simons. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 254, 14 fig. dans le texte.

Voici le résumé de cet intéressant article, à lire en entier. Le trai-

tement par le radium est capable de guérir un bon nombre de néoplasmes cutanés malins, insensibles aux rayons X. Où le simple « traitement par contact » au radium est impuissant, le « traitement par radium à distance » et l'emploi intratumoral de substances radioactives (Thor X), donnent souvent d'excellents résultats. Tandis que le traitement à distance est surtout utile dans les tumeurs étendues et pénétrantes, le traitement intratumoral est indiqué pour les tumeurs petites, bien limitées, réfractaires aux rayons X et au radium ou difficilement accessibles par ces deux méthodes. L'électrothermocoagulation et les caustiques trouvent aussi leur emploi dans les tumeurs traitables par le radium, grâce à la facile destruction des masses tumorales par ces méthodes. Des guérisons durables s'obtiennent en combinant à cette thérapeutique les irradiations pré- et postopératoires, quand rien ne les contre-indique. L'intervention chirurgicale, inférieure à la radiumthérapie et à la diathermie dans le traitement des tumeurs malignes, restera réservée au cas où ces méthodes ne sont pas utilisables (tumeurs propagées aux os et aux cartilages), sans espoir de succès. L. CHATELLIER.

Sur la coloration, la présence et la fonction des cellules éosinophiles (Uber Farbung, Vorkommen und Funktion der eosinophilen Zellen), par H. HERXHEIMER et Fr. HERRMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 284.

Les auteurs proposent la coloration suivante des coupes fixées au formol : colorer au Giemsa pendant 18-22 heures, différencier pendant 5 secondes avec le synthol. Cette technique est la meilleure pour mettre en évidence les cellules éosinophiles. Elle a permis aux auteurs de trouver dans les tissus enflammés, ou normaux, dans la peau notamment, des cellules chargées de granulations éosinophiles, en nombre plus considérable que par les autres méthodes. Ils admettent l'origine locale des éosinophiles, en dehors de toute métaplasie myéloïde. Avec Mayr et Moncorps, ils pensent que l'éosinophilie sanguine apparaît chaque fois que le système réticulo-endothélial subit une défaillance fonctionnelle L'étude cytologique de la bulle par cantharide vient encore appuyer cette conception. Les cellules des parois vasculaires de la peau sont capables de se substituer au système réticulo-endothélial altéré. L. CHATELLIER.

Sur les bois de charpente comme irritants de la peau (Uber hautreizende Nutzhoelzer), par H. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 293.

Courte revue de différents bois de construction d'origine européenne ou coloniale, dont l'usage provoque chez certains ouvriers des dermites faciles à guérir mais qui récidivent. Quelques essais de désensibilisation par les extraits de certains bois ont donné parfois de bons résultats. L. CHATELLIER.

Sclérodermie et syphilis (Sklerodermie und Syphilis), par A. JORDAN, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 327.

3 cas de sclérodermie associée à la syphilis (1 fois à la S. H.). Amélioration partielle par le traitement spécifique. L. Chatellier.

Sur les rapports entre l'Herpès Zoster généralisé et la varicelle (Ueber die Beziehungen Zwischen Herpes Zoster generalisatus und Varizellen), par L. Kumer, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 336.

Sur 3 enfants qui ont été inoculés et mis en contact avec deux herpès zoster généralisés : 1 cas de varicelle positif; 3 autres ont été seulement mis en contact, 2 résultats positifs. L'épidémie s'est étendue à 4 autres enfants, dont un avait été inoculé sans résultat. Pas d'épidémie de varicelle au moment des expériences. L. Chatellier.

Sur les difficultés des recherches parasitologiques dans le pemphigus (Uber die Schwierigkeiten der parasitologischen Pemphigus forschung), par B. Lipschutz *Dermatologische. Zeitschritf*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 354, 4 fig. dans le texte.

Article consacré aux difficultés techniques de ces recherches, et complété par des observations nouvelles qui confirmeraient les travaux antérieurs de L. L. Chatellier.

Pour servir à la connaissance de l'Impétigo herpétiforme (Zur Kenntniss der Impetigo herpetiformis), par W. Lutz, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 384, 1 fig. dans le texte.

Chez une jeune fille, après strumectomie, apparut une éruption érythémato-pustuleuse, groupée, reconnue comme un impétigo herpétiforme, et accompagnée de tétanie. Guérison temporaire par l'opothérapie parathyroïdienne. Après quelques mois, mort avec vomissements, albuminurie, par défaillance cardiaque, sans retour des lésions cutanées. L. Chatellier.

Sur l'angine à monocytes avec érythème noueux fugace et sérologie positive et contribution au diagnostic différentiel des angines syphilitiques et non syphitiques (Ueber Monozytenangina mit anschliessendem vorübergehend seropositiven Erythema nodosum, zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen uetischer und nichtluetischer Angina), par H. Löhe et H. Rosenfeld. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 373, 1 fig. dans le texte.

On connaît les lésions amygdaliennes au cours des affections du système hématopoiétique (leucémie aiguë, anémie aplastique, agranulocytose de Schulz). L'angine à monocytes ne se reconnaît que par l'examen du sang : il s'agit d'une angine lente, pseudo-diphtérique, ou à ulcérations superficielles, qui débute brusquement par de la fièvre, des frissons, de la céphalée ; elle est surtout fréquente chez les hommes jeunes, indemnes de syphilis et s'accompagne de grosse rate, d'adénopathie généralisée, et de monocytose de 20 à 78 o/o. Les auteurs en rapportent une observation ou la réaction de Wassermann fut douteuse, puis négative après réactivation ; où ensuite apparut un érythème noueux puis la réaction de Wassermann redevint fortement positive dans le sang et resta négative dans le liquide. Aucun autre signe de syphilis. Au bout de 4 mois, retour à la normale de la

formule sanguine et disparition complète de la réaction de Wassermann, sans aucun traitement spécifique. Les différentes recherches bactériologiques n'ont montré qu'une fois du staphylocoque blanc dans un nodule prélevé pour l'examen histologique.

L. Chatellier.

Sur les processus cutanés spécifiques et surtout non spécifiques au cours de la maladie de Paltauf-Sternberg (Ueber die bei Sternberg-Paltaufscher Krankheit vorkommenden spezifischen und besonders unspezifischen Hautprozesse), par P. Mulzer et E. Keining. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, no 4, avril 1928, p. 438.

Revue des lésions spécifiques et non spécifiques de la peau au cours de la maladie de Sternberg-Paltauf, à propos d'un cas d'érythrodermie généralisée lymphogranulomateuse, avec cellules de Sternberg typiques dans la peau. Aucun signe de tuberculose.

L. Chatellier.

Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (Beitrag zur Kenntniss der Lymphogranulomatosis inguinalis), par E. Ramel, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, no 4, avril 1928, p. 482, 3 fig. dans le texte.

Revue générale à propos des 21 malades (17 hommes et 4 femmes) soignés par l'auteur. 15 malades ont reçu, en injection intradermique, un extrait du bubon. La réaction a toujours été positive, sauf chez un malade ; elle se présente sous la forme d'un nodule, parfois hémorragique et nécrotique. A l'examen histologique, R. a trouvé, une fois, des infiltrats nettement tuberculoïdes (cellules épithéliales, cellules de Langhans) groupés autour des vaisseaux et des glandes sudoripares et des follicules. L. Chatellier.

Pour la prophylaxie de la syphilis congénitale (Zur Prophylaxe der Kongenitalen syphilis), par G. Rottmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, no 4, avril 1928, p. 516.

R. confirme l'opinion de Boas (et d'autres !) sur la nécessité du traitement de la femme enceinte pendant la grossesse ; il admet qu'une femme, atteinte d'un chancre avant la grossesse et traitée énergiquement à la phase présérologique, peut en être dispensée.

L. Chatellier.

Lichen ruber plan pemphigoïde (Lichen ruber planus pemphigoïdes), par E. Rueter. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, no 4, avril 1928, p. 522, 4 fig. dans le texte.

Observation d'un cas de lichen plan bulleux, à début aigu. A côté de papules typiques, éruption bulleuse sur les bras et les cuisses, apparaissant sur peau rouge ou saine. Après la guérison des bulles, en peau saine et à leur périphérie, éruption papuleuse habituelle. La peau érythémateuse présente le signe de Nikolsky. Le microscope montre que les bulles se forment par imbibition œdémateuse de la couche épineuse, par dégénérescence colloïde des cellules dans le territoire imbibé et par soulèvement du rete en son entier. La sœur du malade avait été soignée 2 ans auparavant d'un lichen plan. Historique des cas publiés. L. Chatellier.

Herpès zoster généralisé comme cause d'une épidémie de varicelle (Herpes zoster generalisatus als Ursache einer Varizellen epidemie), par O. STEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 609, 1 fig. dans le texte.

Une jeune malade entre à la clinique avec un herpès généralisé ; 14, 15 et 16 jours après, éclate, chez 4 enfants, la varicelle. Pour S. l'herpès zoster généralisé serait donc le terme d'union entre le virus neurotrope du zona et le virus dermotrope de la varicelle ; mieux encore, ce seraient 3 variantes d'une même affection.

L. CHATELLIER.

Le sort du pouvoir pathogène des spirochètes pâles après superinfection homologue du lapin syphilitique en période de latence (Die Erhaltung der Pathogenität der Spir. pall. nach. homologer Superinfektion der latent syphilitischen Kaninchens), par R. STREMPEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 615.

Quand on inocule au lapin syphilitique latent des spirochètes homologues, ils conservent, au point de réinoculation, leur pouvoir pathogène longtemps (jusqu'à 25 jours). Par l'imprégnation argentique, on en colore encore au bout de 4 semaines, tandis que l'ultramicroscope n'en décèle plus au delà du 4e jour. L. CHATELLIER.

Deux cas typiques de maladie de Bowen (Zwei typische Fälle von Bowenscher Erkrankung), par UNNA JUNIOR et E. DELBANCO. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 658, 6 photogravures dans le texte.

Les auteurs résument comme suit, l'étude histologique minutieuse qu'ils ont faite de 2 cas de maladie de Bowen.

Les altérations microscopiques ne sont pas aussi significatives qu'on l'a prétendu. Les cellules bourgeonnantes ne sont pas constantes ; ni les formes de dégénérescence de Darier. Pour U. et D. la lésion caractéristique de la maladie de Bowen consiste dans l' « état d'instabilité » (Unruhe) de la couche épineuse et de la couche cornée, et dans la transformation de la couche génératrice. Dans la couche cornée, le désordre histologique se traduit de façons diverses : hyperkératose ou parakératose, ou formation de croûtes. Les auteurs rappellent aussi les similitudes qui existent entre la maladie de Bowen, le cancer du goudron des souris, les altérations produites par les rayons X et la maladie de Paget. Ils considèrent cette affection comme une précancérose au sens d'Unna et de Darier. L. CHATELLIER.

Sur la pathogénie du syndrome dysidrosique. Sur une épidermophytide se développant sous forme de dysidrose (Zur Pathogenese des dysidrotischen Symptomenkomplexes. Ueber ein unter dem Bilde einer Dysidrosis verlaufendes Epidermophytid), par B WALTHARD. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 692.

Une mycose initiale des pieds s'accompagne d'un exanthème des extrémités inférieures et supérieures. Sur les mains, l'exanthème prend le caractère d'une dysidrose. Tandis que la culture des lésions du pied donne un épidermophyton, les efflorescences restent complètement stériles. L'injection intradermique de trichophytine provoque des réactions allergiques violentes (rougeur, gonflement) aussi

bien au niveau des lésions du pied qu'au niveau de l'exanthème. Ce dernier peut donc être considéré comme épidermophytide hématogène. L. Chatellier

Observations préliminaires sur les 100 premiers cas de paralysie générale traités par la malariathérapie (Vorläufige Mitteilung über die ersten hundert mit Malaria behandelten Fälle von progressiver Paralyse), par A. Westphal et Bach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 707.

Sur les 100 malades traités depuis 1924, 13 rémissions complètes (permettant la reprise du travail avec disparition des déficiences mentales), 18 rémissions incomplètes (reprise du travail, mais persistance de troubles paralytiques), 30 améliorations légères (les malades sont rendus à la famille), 16 résultats nuls, 23 cas où l'affection a continué de progresser. Les résultats dépendent d'ailleurs des formes cliniques de la paralysie générale Ils sont moins bons dans les formes dépressives et démentielles. Parmi les 31 malades rendus aptes au travail, 6 récidivèrent. Au bout de 1 an 1/2 d'observation, 11 malades sont restés complètement guéris. Les auteurs rassemblent ensuite les chiffres obtenus par les autres. Sur un total de 1.568 malades traités, il y a, en moyenne, 21,4 o/o de rémissions et 20 o/o de rémissions incomplètes. L. Chatellier.

Sur un cas de chancre syphilitique professionnel de la jambe (chancre sous-cutané périphlébitique) [Ueber einen Fall syphilitischer Berufsinfektion am Unterschenkel (subkutane periphlebitische Initialsklerose)], par E. Witteler *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 735, 1 fig. dans le texte.

Sur un médecin apparaît, à la jambe, un nodule inflammatoire pris par le malade pour un nodule périphlébitique. Adénopathie fémorale, angine, exanthème varicelliforme de la jambe, de la cuisse et du tronc. Sérologie positive. Rien sur les organes génitaux. Quelque temps avant le chancre, ce médecin aurait soigné un malade en pleine éruption et se serait gratté le nodule veineux qu'il portait à la la jambe. L. Chatellier.

Nouvelles études sur la virulence des spirochètes du cadavre (Inoculations comparatives de spirochètes frais aux mêmes animaux (Weitere studien über die Viruleng von syphilitischen Leichenvirus (Verglischender Impfungen mit frischen Virus bei demselben Versuchtiere), par E. Zurhelle et O. Schleyer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 741, 8 fig. et 2 tableaux hors texte.

Technique : les auteurs prélèvent, sur un lapin porteur de chancres scrotaux bilatéraux, l'un des chancres qu'ils conservent à la glacière pendant 2-3 jours. Ils inoculent en même temps dans les chambres antérieurs d'un autre animal, les fragments de ce chancre « cadavérique » et les fragments de l'autre chancre scrotal, ces derniers prélevés au moment de l'inoculation. Sont seuls utilisés, les fragments, anciens ou frais, qui contiennent des spirochètes. Résultats : Dans l'ensemble, atténuation du virus cadavérique et virulence plus forte des spirochètes frais. L. Chatellier.

Nouvelles contributions à la question de la superinfection dans la syphilis expérimentale du lapin (Weitere Beiträge zur Frage der Superinfektion bei der experimentellen Kaninchen syphilis), par G. Armuzzi. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIII, n° 4, avril 1928, p. 750.

1° A. vérifie la « monoimmunité » de Kolles en inoculant au lapin, en même temps, deux souches de spirochètes : la réinoculation simple ou double avec les mêmes souches reste négative, si elle est faite pendant le stade de latence ou période d'immunité. D'autre part, toute superinfection développe chez l'animal réinoculé une immunité contre la souche de la superinfection. Les spirochètes de réinoculation homologue persistent longtemps au point d'inoculation, même en l'absence de toute manifestation clinique. On peut même les retrouver inclus dans le chancre de réinoculation hétérologue. Le temps d'incubation du chancre de superinfection hétérologue peut varier de 45 à 75 jours ; l'adénopathie satellite n'est pas constante : les réactions sérologiques deviennent positives. Histologiquement les caractères du chancre hétérologue diffèrent du chancre habituel : pas de réaction conjonctive myxomateuse ; précocité des dégénérescences cellulaires dans le chancre. Une fois bien développé, le chancre hétérologue présente les mêmes altérations pathologiques que le chancre normal au moment de sa régression spontanée. L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Action des rayons ultra-violets sur certaines espèces microbiennes, par de Nobelle et de Potter. *Bruxelles médical*, 8e année, n° 27, 6 mai 1926, p. 883.

Expérimentation portant sur le colibacille, le bacille *typhus murium*, le pyocyanique. Les différents microbes ne sont pas également sensibles à l'action des ultra-violets, leur destruction a lieu en des temps variables suivant la distance qui les sépare de la source lumineuse. Il n'est guère possible d'établir un rapport entre la durée d'irradiation et les diverses distances. A dose insuffisante l'irradiation exerce une action inhibitrice marquée, momentanée, caractérisée par la suppression de la mobilité et un retard dans la multiplication microbienne. H. Rabeau.

Le bismuth colloïdal électrique en syphiligraphie, par Dekeyser. *Bruxelles médical*, 8e année, n° 27, 15 mai 1928, p. 886.

D. a poursuivi son expérimentation du Bi-colloïdal électrique et apporte quelques réserves dans son utilisation. Du fait de son action trop lente il n'est pas indiqué dans les syphilis primaires et secondaires. Par contre dans les cas de syphilis tertiaires ulcéreuses ou gommeuses son action est rapide, son action semble surtout puissante, dit D. sur les accidents nerveux : céphalées, crises douloureuses tabétiques, douleurs ostéocopes. Son action sur la réaction sanguine est évidente, et D. a pu négativer 50 o/o de Bordet-Wassermann irréductibles. H. Rabeau.

La technique des analyses de bismuth colloïdaux, par Dekeyser. *Bruxelles médical*, 8e année, n° 30, 27 mai 1928, p. 983.

Les préparations de Bi-colloïdal contiennent de très faibles quantités de Bi-métal. D. passe en revue les diverses méthodes de recherches, qui ont toutes la précision désirable. Pour les solutions colloïdales il est indispensable de dissocier l'état colloïdal par l'acide nitrique, avant d'appliquer ces méthodes. H. Rabeau.

Actas Dermosifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude de la valeur diagnostique et thérapeutique du vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand (Contribución al estudio del valor diagnóstico y terapéutico de la vacuna antiestreptobacilar de Nicolle y Durand), par J.-S. Covisa et J. Gay Prieto. *Actas Dermosifiliograficas*, Año XX, Febrero-marzo 1928, n° 3, p. 217.

D'après J. S. C. et J. G. P. l'intradermo-réaction pratiquée avec le vaccin de Nicolle est spécifique. Ce vaccin présente d'autre part une très grande efficacité thérapeutique dans la plupart des cas de chancres simples. Cependant des réactions fébriles intenses et prolongées avec altération de l'état général doivent faire limiter son emploi aux bubons et aux chancres mous rebelles aux traitements locaux usuels.

J. Margarot.

Le vaccin de Nicolle-Durand dans le traitement des lésions vénériennes (La vacuna de Nicolle-Durand en el tratamiento de las lesiones venéreas), par Forns Contera et Roldán Tapia. *Actas Dermosifiliograficas*, Año XX, Febrero-marzo 1928, n° 3, p. 223.

Le vaccin de Nicolle-Durand donne d'excellents résultats dans le traitement du chancre mou. Il trouve plus spécialement son indication :

1° Dans les chancres rebelles et inaccessibles aux méthodes thérapeutiques usuelles (chancres de l'anus, phimosis, etc.).

2° Dans les chancres compliqués d'adénite, quelle que soit la période à laquelle on les observe.

3° Il constitue le traitement héroïque des accidents phagédéniques.

F. C. et R. T. inclinent à penser que la valeur thérapeutique du vaccin est fonction de son action pyrétogène, pour la raison que seules sont efficaces les injections suivies d'une forte élévation thermique. J. Margarot.

Les injections intraveineuses de liquide de Gram dans le traitement du Kérion de Celse (Las intravenosas de liquido de Gram en el tratamiento del Kerion de Celso), par E. Ledo de Valladolid, Año XX, Febrero-marzo 1928, n° 3, p. 227.

L. traite systématiquement depuis 1922 les trichophyties du type kérion par des injections intraveineuses de Lugol suivant la méthode de Ravaut. L'introduction du liquide goutte à goutte, faite avec une extrême lenteur, son mélange au sang dans la seringue par des aspirations fréquentes, lui ont permis de ne pas utiliser les dilutions conseillées par l'auteur français.

Les résultats obtenus sont d'autant meilleurs que l'on arrive plus vite à la dose maxima (10 centimètres cubes chez les enfants ; 10 à 15 centimètres cubes chez les adultes ; à la deuxième ou troisième injection).

J. MARGAROT.

Phagédénisme gonococcique (Serpiginismo gonocócico) ; cas clinique, par E. ALVAREZ SAINZ de AJA et J. ONTANION. *Actas Dermosifiliograficas*, Año XX, Febrero marzo 1928, n° 3, p. 233.

Sur la cicatrice d'un chancre induré, survenu un an auparavant, apparaît une érosion qui est d'abord prise pour un accident chancriforme. Elle s'étend bientôt sous la forme d'une ulcération douloureuse à bords serpigineux, décollés, avec des clapiers purulents. L'urètre se perfore. La mutilation s'accroît malgré les divers traitements (néosalvarsan, bismuth, tuberculine, tartre stibié, air chaud, thermocautère, etc.).

Les réactions sérologiques sont négatives. Une biopsie permet d'éliminer la tuberculose. Seule la recherche du gonocoque est positive. On institue un traitement local avec une solution de protargol à 1 0/0 et un traitement général par un vaccin antigonococcique.

Le brillant succès de cette thérapeutique confirme le diagnostic.

J. MARGAROT.

Comptes rendus de la Société de Médecine de Patras.

Sur un nouveau traitement des éphélides par la diathermie, par B. TSINOUKAS. Communication faite à la Société de médecine de Patras, 2 mai 1928.

T. a utilisé les étincelles froides de diathermie, qui ont des propriétés révulsives, mécaniques, produisant une hyperhémie active, une action trophique. On obtient des résultats variables selon la distance et la disposition de l'électrode. Ce mode de traitement ne laisse aucune cicatrice. L'auteur lui associe un traitement opothérapique, pluriglandulaire.

H. RABEAU.

Archivio italiano di dermatologia, Sifilografia e Venereologia

A propos de l'importance des altérations endocrines et nerveuses dans l'étiologie et la pathogénie du pemphigus. Recherches histo-pathologiques, par Giuseppe BERTACCINI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. IV, avril 1928, 1 figure. Deux pages de bibliographie.

La dermatologie s'oriente de plus en plus dans la recherche des relations entre les maladies de peau et celles des divers organes. C'est ainsi que dans le pemphigus, les graves manifestations générales qui accompagnent les accidents cutanés donnent bien l'impression qu'il ne s'agit pas d'une simple affection de la peau, mais que tout l'organisme participe à un processus morbide dont la nature est encore fort obscure.

L'auteur passe en revue les diverses théories proposées jusqu'ici :

infectieuse, toxique, neurotrophique. Il insiste particulièrement sur cette dernière, à l'appui de laquelle les recherches histologiques faites par divers auteurs ont incriminé les lésions les plus variables quant à leur siège et à leur nature. Mais il attache une importance particulière à un travail de Buschke et Ollendorff basé sur les recherches histologiques de Bielschowsky, qui ont mis en évidence de grosses lésions dans les *centres supérieurs du sympathique*, c'est-à-dire dans la région hypothalamique et dans le *tuber cinereum*, dans le *locus niger* et le *noyau rouge*.

Il importe de signaler aussi la théorie de Kartamischeff, qui attribue le pemphigus à une *rétention des chlorures*, notable en effet chez les sujets atteints de pemphigus, de sorte que, d'après cet auteur, c'est à un trouble de la nutrition générale qu'il faudrait rapporter cette maladie. Mais la rétention des chlorures peut bien aussi être la conséquence d'un trouble nerveux, car on a découvert dans la région hypothalamique un centre de régulation des chlorures. C'est ce que pense Buschke, qui croit même que de simples troubles fonctionnels de ces centres, *sans lésions appréciables*, peuvent être la cause du pemphigus. Et il croit que ces troubles fonctionnels peuvent être occasionnés souvent par des dysfonctions endocriniennes, notamment des glandes génitales. Toutefois, il se demande si cette cause endocrine est suffisante, si elle n'est pas simplement prédisposante, favorisant l'action d'une autre cause inconnue.

En somme le Professeur Bertaccini reconnaît qu'aucune des théories émises jusqu'ici ne peut être acceptée sans réserve, mais il ne cache pas ses préférences pour la théorie neuroendocrinienne.

Aux observations déjà publiées il en ajoute une nouvelle, celle d'un cas de pemphigus à évolution rapide, puisque le décès survint trois mois après le début des accidents, qui étaient les accidents habituels du pemphigus grave, avec température élevée, délire, obtusion sensorielle, le malade succomba à une broncho-pneumonie. Les examens de laboratoire ne purent être pratiqués.

Mais l'autopsie et les recherches histologiques permirent des constatations intéressantes : l'hypophyse, l'épiphyse, les surrénales, les testicules, présentaient un état d'atrophie plus ou moins accentué, visible macroscopiquement, encore plus net au microscope, surtout au niveau du testicule dont les éléments actifs étaient presque complètement disparus, à un degré tel que cette disparition ne pouvait être imputée à l'âge : 55 ans.

Encore plus importantes furent les lésions trouvées dans le système nerveux central, au niveau des couches optiques, du noyau lenticulaire, du noyau caudé, et aussi dans le noyau rouge et le *locus niger*. C'étaient des lésions inflammatoires : infiltrations périvasculaires, densification périlymphatique, zones d'éclaircissement des cellules, et surtout phénomènes importants de *neuronophagie*.

En somme des lésions qui, par leur type et par leur siège, confirmaient tout à fait le travail de Buschke.

On pourra s'étonner, si le pemphigus est la conséquence de telles

lésions des centres nerveux, que la symptomatologie nerveuse de cette affection soit aussi discrète ; il n'y avait, chez le malade de B. qu'un certain état de stupeur. Mais il faut tenir compte que les lésions n'atteignent pas les centres moteurs, mais seulement les centres de la vie végétative. D'ailleurs, il s'agirait de savoir sous quelle influence se développent ces lésions nerveuses : sont-elles une conséquence des lésions endocriniennes, ou les lésions endocriniennes sont-elles une conséquence des lésions nerveuses, ou les unes et les autres sont-elles occasionnées par une cause inconnue ?

De nombreuses recherches cliniques, bactériologiques, anatomo-pathologiques seront encore nécessaires pour résoudre ces questions et l'auteur n'a pas eu la prétention d'y apporter une solution, mais seulement d'apporter une pierre à l'édifice. BELGODERE.

Le premier cas de « creeping disease » observé en Italie, par GARIBALDI, *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. IV, avril 1928, p. 321. Deux figures, quatre pages de bibliographie.

Aucun cas de cette curieuse dermatose n'avait été jusqu'ici publié en Italie et l'on ne retrouve que quelques publications de Beretta (1877), Condorelli (1902-1912), Alessandrini (1895-1896), Maiocchi et Mibelli (1909) se rapportant à des cas de myiases cutanées d'une autre espèce. L'affection est en effet très rare, mais a été observée dans de nombreux pays et décrite sous des noms divers, parmi lesquels celui de *myiase linéaire*, employé en Amérique du Sud, rappelle le mieux l'aspect des lésions.

G. étudie un cas observé par lui, qui correspond tout à fait aux descriptions que l'on trouve dans les traités. La malade était une femme, et les méandres décrits par le parasite avaient débuté à la fesse, d'où il avait cheminé sur toute la région du dos La partie la plus ancienne du trajet était représentée par une simple trace pigmentée brunâtre, la partie la plus récente était légèrement soulevée et infiltrée. La progression du parasite était en moyenne de 6 à 7 centimètres, mais parfois plus rapide ; elle se faisait toujours dans la même direction, sans aucune bifurcation. La lésion s'accompagnait d'un prurit assez marqué, surtout la nuit. Le parasite ne put être extrait, la malade ayant refusé de se prêter à la biopsie. Comme traitement selon le procédé préconisé par les Américains, on fit des applications de collodion à l'acétate d'éthyle, qui semblèrent bien indisposer le parasite, car il se mit à décrire sur place des méandres compliqués et parut ensuite s'arrêter. La malade fut perdue de vue.

G. fait observer qu'en étudiant attentivement les publications antérieures, dans les divers pays, on remarque, à côté de caractères communs, des différences qui permettent de penser qu'il existe plusieurs variétés de myiases linéaires. Il en distingue quatre types :

1. *Forme typique*, légère, superficielle, due à la migration du parasite sous le stratum corné ; elle est due à une larve du genre gastrophile, diptère de la famille des Œstrides, sous-famille des Œstrines.

2. *Forme plus grave*, dont le parasite chemine *dans les couches profondes de la peau* et dans le tissu sous-cutané ; elle est due à une larve du genre Hypoderma, de la même famille que le précédent.

Ces deux premières formes correspondent à la forme typique de Lee, et s'observent en Europe et en Afrique.

3. *Forme japonaise*, décrite par Dohi, Tamura, Yutaka Ikegami ; on observe une lésion cutanée plus courte plus large, plus saillante, moins tortueuse, souvent bifurquée. Elle est due au *Gnatostoma siamense*, de la famille des Gastrostomides, némathelminte de couleur rouge sang, long de près d'un centimètre.

4. *Forme américaine*, rencontrée en Floride, décrite par Kirby Smith : elle produit des localisations cutanées multiples, avec incubation courte de quelques heures, compliquées d'éruptions secondaires : vésicules, bulles, pustules. Elle est due à l'*Agamonematodum-migrans*, nématode très petit, long à peine d'un demi-millimètre.

Traitement : on a préconisé les procédés les plus variés, dont le plus radical et le plus sûr est l'excision de la peau à l'extrémité du sillon, à condition d'enlever un peu plus loin que cette extrémité, car la réaction cutanée n'est pas immédiate, de sorte que le parasite est en général plus en avant. Galvano-cautère, neige carbonique, iode xylol chloroforme, collodion à l'acétate d'éthyle ; injections d'éther. Les produits volatils semblent les plus efficaces. BELGODERE.

Formes anormales du pytiriasis rosé de Gibert, par Aldo MARCOZZI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. IV, avril 1928, page 340, 1 figure. Bibliographie.

Deux observations de pytiriasis rosé qui offraient cette particularité de présenter des éléments d'un rouge plus vif qu'il n'est habituel, plus saillants, plus infiltrés, presque papuleux. En outre, sur les taches il y avait de petites vésicules disséminées et même confluentes, plus nombreuses à la périphérie de la lésion. Ces vésicules se rencontraient aussi en dehors des éléments du pytiriasis et étaient dans ce cas entourées d'un halo érythémateux. Examen histologique : lésions prédominant dans l'épiderme, épaississement du corps muqueux de Malpighi, plus accentué de la périphérie au centre de l'élément ; œdème intercellulaire disparition presque complète des bourgeons inter-papillaires, spongiose, vésiculation. Certaines vésicules plus superficielles siègent dans la couche cornée, ce qui explique l'aspect clinique. Œdème également dans le derme papillaire et le derme réticulaire, avec ectasie des vaisseaux sanguins, infiltration périvasculaire, infiltration parvi-cellulaire notable, raréfaction et fragmentation des fibres élastiques

Cette forme a déjà été signalée par divers auteurs (Hardy, Unna, Sabouraud, Brocq, Thibierge, etc.), mais elle est niée par Darier. Histologiquement d'ailleurs, le pytiriasis rosé appartient bien aux dermatoses érythémato-vésiculeuses mais il est rare d'observer des vésicules visibles à l'œil nu.

Cet aspect particulier peut occasionner des erreurs de diagnostic.

L'auteur discute le diagnostic avec la roséole syphilitique, la trichophytie, le psoriasis, les éruptions médicamenteuses. Mais surtout, la confusion doit être évitée avec : *l'eczéma séborrhéique diffus*, qui a des localisations différentes au début, des squames plus onctueuses, une évolution moins aiguë, pas de guérison spontanée. Avec : *le pytiriasis rosé de Vidal* : évolution plus lente, éléments plus rares, de plus grande dimension, et surtout, aspect figuré qui lui a valu encore le nom de *pytiriasis circiné et marginé.*

L'auteur passe en revue les diverses opinions émises au point de vue étiologique et pathogénique : vêtements de laine, hyperhydrose, hétéro et auto-intoxication, trichophytie, théorie infectieuse, au sens le plus large du mot.

En faveur de la théorie infectieuse, on invoque notamment l'évolution : plaque initiale, incubation, généralisation et aussi, les malaises précurseurs, rappelant la grippe, signalés par divers auteurs (Mestchersky). On a du reste constaté parfois de petites épidémies (Chavallier).

Dans les deux cas rapportés, l'éruption avait en effet été précédée de malaises : troubles gastro-intestinaux, fièvre légère.

Enfin, les deux malades avaient des antécédents tuberculeux nets ; c'est peut-être à ce facteur qu'il faut attribuer le comportement spécial de l'éruption, car il semble établi que le terrain tuberculeux exagère la réactivité de la peau et notamment les réactions exsudatives.

BELGODERE.

Variations morphologiques du sang chez les brûlés, par Aldo AVONI. *Arcaivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. IV, avril 1928, p. 352.

Le mécanisme de la mort chez les brûlés. Voilà un problème qui attend encore sa solution et pour lequel on en a proposé beaucoup, qui sont d'autant plus nombreuses qu'aucune n'est satisfaisante, comme il arrive toujours en pareil cas.

A. rappelle les diverses hypothèses, parmi lesquelles les altérations du sang semblent pour beaucoup d'auteurs présenter une importance fondamentale. On les a étudiées par l'expérimentation chez les animaux, les recherches sur le cadavre, les examens de laboratoire pendant la vie des brûlés. Schulze, Savili, montrèrent que la chaleur a une action sur le sang et sur ses éléments figurés, et que, à la température de 52 degrés, les globules rouges perdent leur vitalité et il y a même formation de thrombi. D'autres ont trouvé diverses altérations portant soit sur les globules rouges, soit sur les globules blancs.

L'auteur expose ses recherches personnelles qui portent sur 34 observations et il donne notamment des tableaux de formules hématiques de dix cas particulièrement étudiés. Les résultats en dépit de certaines divergences ont été assez concordants : toujours, il y a eu *hyperleucocytose* et *hypermononucléose*, souvent *hyperglobulie*. L'index hémoglobinique, par rapport à l'hyperglobulie, s'est montré assez bas, particularité qui rappelle le type de la chlorose.

L'auteur ne prétend pas par ces résultats avoir élucidé le problème pathogénique de la mort des brûlés, mais ils lui paraissent présenter un certain intérêt documentaire. BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Premières recherches sur la « Ballung Reaction » dans la syphilis, par TOMMASO VENTURI. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 4, avril 1928, p. 211.

La Schering's Ballungreaction est encore un nouveau procédé de diagnostic sérologique de la syphilis imaginé par le professeur Rudolph Muller de Vienne. On utilise un antigène alcoolique cholestériné de cœur de bœuf : celui-ci est dilué par une technique longue et délicate. C'est une méthode de floculation, il se forme comme des flocons de coton en suspension dans le liquide, d'aspect blanc ou blanc jaunâtre, gélatineux, avec un noyau central plus sombre et plus dense et une partie périphérique légère comme un voile. Selon le temps de floculation et la quantité de floculat les sérums sont classés en quatre degrés :

Quatrième degré : (fortement positif) nombreux flocons caractéristiques dès le séjour à l'étuve, même avec des doses minimes de sérum.

Troisième degré : sérums qui floculent à première lecture, à peine sortis de l'étuve, avec la dose la plus forte de sérum, tandis qu'avec la dose la plus faible, la floculation ne se produit qu'après exposition à la température ambiante.

Deuxième degré : aucune floculation à l'étuve ; floculation assez nette à la température ambiante, avec toutes les doses de sérum.

Premier degré : aucune floculation dans aucun des tubes après sortie de l'étuve ; à la température ambiante : floculation avec la dose la plus forte de sérum.

Aux quatrième et troisième degrés : syphilis certaine.

Aux deuxième et premier, la réaction peut être obtenue dans d'autres maladies.

La réaction est plus sensible que les réactions de W., H., M. T. R., dans une proportion de 2 à 3 o/o. Comme toutes les réactions très sensibles elle est aussi plus souvent aspécifique. On constate aussi souvent des désaccords fréquents avec la clinique, la réaction du quatrième degré se manifestant dans des cas latents anciens, tandis que des syphilis récentes florides ne donnent que le deuxième degré.

La réaction est donc très sensible comme révélatrice de la maladie, moins satisfaisante pour apprécier le degré de gravité. BELGODERE.

Sur l'action désintoxiquants des arsénobenzols attribuée au sérum humain, par LUIGI MAZZINI. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 4, avril 1928, p. 214.

D'après Héronimus, qui traitait des rats atteints de fièvre récurrente l'action toxique du salvarsan chez ces animaux aurait pu être évitée en dissolvant le médicament dans du sérum de mouton.

Giani a utilisé cette méthode avec succès chez une malade intolérante à l'arsénobenzol, en employant l'autosérum, de manière à éviter les

accidents de sérums hétérogènes. Le Japonais Minami a conseillé d'inactiver le sérum par chauffage à 65° pendant une heure.

Des données expérimentales semblent légitimer ce procédé. On sait que quoique discutée, la pathogénie de la crise nitritoïde est attribuée par beaucoup d'auteurs à une rupture de l'équilibre colloïdal.

Les expériences de Crosti ont montré :

1° Que le sérum flocule au contact d'une solution d'arsénobenzol;

2° Que la floculation est plus forte avec les solutions toxiques ;

3° Que la floculation est plus forte avec le sérum de sujets intolérants ;

4° Que la solution arsénobenzolique qui a produit le floculat, si on la récupère et qu'on la mette en présence d'un nouveau sérum, a perdu son action floculante ;

5° L'arsénobenzol, mis *in vitro* au contact d'un sérum, perd son pouvoir floculant et peut être mis *in vivo*, au contact du même sérum ou d'un autre sans provoquer aucun accident.

On sait d'autre part que les substances auxquelles on a reconnu le pouvoir d'éviter dans une certaine mesure, les crises nitritoïdes, sont celles qui augmentent la stabilité de l'état colloïdal, en diminuant la tension superficielle du sérum ou en augmentant sa viscosité.

Donc théoriquement, la méthode semble pleine de promesses.

L'auteur a essayé de l'appliquer chez quatre malades intolérants et la pratique a été décevante, les crises nitritoïdes se sont produites tout aussi bien avec l'arsénobenzol dilué dans l'auto-sérum, sauf chez un des quatre sujets, mais comme c'était justement celui qui avait les réactions les plus légères et qui cédaient bien à l'adrénaline, ce cas unique n'est pas très convaincant. BELGODERE.

Sur les éléments dits « Kugel-Kerne » dans la sécrétion urétrale, par LUIGI VERCELLINO. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 4, avril 1928, p. 220.

Divers auteurs allemands (Leuch, Posner) ont décrit sous ce nom certains globules de pus, caractérisés par une altération particulière du noyau, qui présente une forme nettement sphérique. Ces noyaux sont au nombre de 2-3 ou plus dans un même globule de pus, ne présentent pas entre eux de traces de filaments d'union, et se colorent d'une manière plus uniforme et plus intense que les noyaux normaux. Leur forme typique leur a valu leur nom : kugelkerne = noyau sphérique.

Ce sont des formes dégénératives dont la signification est discutée. Posner, d'après ces recherches, estime qu'on doit les considérer comme la preuve qu'il n'y a pas eu d'infection par les gonocoques, ou que ceux-ci ont disparu et que la suppuration est entretenue par d'autres microbes ou toxines. Pour Neuburger, ces formes dégénératives sont simplement dues à une rétention prolongée de l'urine dans l'urètre.

L'auteur a fait des recherches de contrôle en ayant soin d'examiner toujours le pus au même intervalle de temps de la miction, afin de se préserver de la cause d'erreur due à l'explication de Neuburger.

Ces recherches ont montré que les « Kugelkern » font complètement défaut dans les formes très aiguës de la blennorragie, c'est-à-dire dans les cas ou le gonocoque est le plus abondant et le plus virulent; ils se font plus fréquents quand le gonocoque devient plus rare ; ils présentent leur maximum quand le gonocoque manque complètement.

Il semble donc que l'on soit en droit d'attribuer à ces corpuscules une certaine valeur diagnostique et pronostique ; leur présence permet sinon d'affirmer, du mois de soupçonner une infection urétrale non gonococcique, ou bien, s'il y a eu réellement blennorragie, elle permet de conclure à la disparition des gonocoques et d'attribuer la persistance de la suppuration à des causes secondaires. BELGODERE.

Sur l'action thérapeutique du « Néo-Réargon » dans l'urétrite blennorragique, par ALDO MARCOZZI. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 4, avril 1928, p. 227.

L'auteur a expérimenté un nouveau produit argentique antiblennorragique commercialisé par la firme Norgine de Prague, sous le nom de Réargon, puis de Néo-Réargon. Il est basé sur les principes suivants : Wiechowsky a inventé un procédé d'extraction de certains glucosides végétaux de certaines drogues : glucosides d'anthraquinone. Lenz a montré que ces glucosides possédaient à un haut degré la propriété d'imbiber les muqueuses. Klaussner a imaginé d'utiliser cette propriété par une combinaison de ce glucoside avec une gélatine argentique qui est le Néo-Réargon. Ces auteurs ont publié des résultats thérapeutiques très favorables dans le traitement de la blennorragie.

Les recherches de M. ne confirment pas entièrement cet optimisme. Il a bien observé une amélioration rapide des phénomènes inflammatoires aigus du début, et consécutivement disparition de la douleur. Il a bien constaté une diminution et même une disparition rapide de la suppuration, mais, si l'on suspend le traitement, on voit rapidement l'écoulement reparaître. Après disparition de l'écoulement, on retrouve encore de petites quantités de gonocoques dans l'urètre et dans l'urine.

Ce traitement n'empêche pas les complications et même il peut chez certains sujets provoquer des accidents inflammatoires de l'urètre et des lymphatiques. Il faut presque toujours, pour obtenir la guérison, revenir finalement aux préparations argentiques usuelles.

En somme, ce médicament, en faisant disparaître l'écoulement plus rapidement que les gonocoques, donne au malade la fausse joie d'une guérison rapide, mais cette illusion est suivie d'une déception.

Cependant les remarquables propriétés analgésiques et antiphlogistiques du produit en rendent l'emploi recommandable au début, dans la période aiguë. BELGODERE.

Les préparations d'or dans le lupus vulgaire et érythémateux, par EMILO CORTELLA. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 4, avril 1928, p. 232.

L'auteur a utilisé le Trifal (Meister Lucius), le Néocrysol (I. chimiothérapique italien), le Supragol (Shering), le Sulfocrysol (I. S. M.)

dans le traitement de quatre cas de lupus tuberculeux et de trois cas de lupus érythémateux.

Pour le lupus vulgaire : résultats à peu près nuls, limités à un peu d'ischémie, à une diminution des squames, mais aucune modification des nodules, c'est-à-dire de la lésion spécifique.

Par contre, pour le lupus érythémateux, les résultats furent excellents. Deux des trois cas furent complètement guéris et le troisième qui était fort ancien, notablement amélioré. Ces résultats sont du reste conformes à ce que d'autres expérimentateurs ont observé dans divers pays. On discute sur le point de savoir quelles formes de lupus érythémateux réagissent le mieux à ce traitement. Certains disent que les formes hyperkératosiques, l'herpès crétacé, sont moins influencées, mais d'autres soutiennent le contraire. Il semble que ce soit une question de doses, doses fortes pour les cas hyperkératosiques, doses faibles pour les cas en cocarde à foyers multiples.

Les guérisons ont été obtenues avec un cycle d'environ 12 injections.

Le traitement a été bien toléré, même aux doses élevées ; pas de réaction au niveau des foyers pulmonaires latents, pas de réactions thermiques, pas de perte de poids.

Du côté du sang : érythropénie-leucopénie, légère éosinophilie quand on arrive aux doses élevées.

Pourquoi ces résultats contradictoires entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux qui sont cependant l'un et l'autre de nature tuberculeuse? Sans doute parce que l'action des préparations auriques est plus générique que spécifique. Et puis, aujourd'hui la nature du lupus érythémateux est discutée et on n'est plus aussi sûr qu'il soit de nature tuberculeuse. BELGODERE.

A propos des troubles de la sphère sexuelle durant les cures bismuthiques, par RONCHÈSE. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 4, avril 1928, p. 244.

Cayrel, dans un article du *Giornale di Clinica Medica*, a attiré l'attention sur des « troubles de frigidité sexuelle, accompagnés d'impotence temporaire » qu'il aurait constatés au cours des traitements bismuthiques. Ronchèse a voulu vérifier cela : il a interrogé 50 hommes et 24 femmes, parmi lesquels il y avait des types *eccitabilissimi*. Il a obtenu des résultats assez contradictoires. Si un saltimbanque avoue, que, pendant les cures de bismuth, *non vede erezione al mattino*, d'autres au contraire signalent une augmentation du *desiderio di copula*.

Ronchèse conclut que les cas de Cayrel peuvent s'expliquer par l'action dépressive générale, et par conséquent aussi nerveuse, que le Bi provoque quelquefois chez certains sujets. Mais il faut tenir compte aussi que l'état moral est souvent aussi chez les syphilitiques une cause de dépression physique. BELGODERE.

Essais de chimiothérapie de l'infection gonococcique, par GIOVANNI JAJA. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 5, mai 1925, p. 275.

Un grand nombre de travaux ont été consacrés ces dernières années à la soi-disant « chimiothérapie » de l'infection gonococcique et les résultats ont été assez contradictoires. L'auteur a entrepris une vaste enquête de contrôle qui a porté sur plus de 300 malades et plusieurs milliers d'injections. Il faut d'après lui, pour que ce contrôle ait quelque valeur, les conditions suivantes :

1° Prendre comme sujet d'expérience des formes résistantes aux moyens usuels, c'est-à-dire les localisations sur la muqueuse urétro-prostatique et vésicale.

2° Choisir des formes aiguës, qui seules permettent un facile contrôle microscopique.

3° Donner un sens restrictif à l'expression « action chimiothérapique » et n'attribuer une pareille action qu'aux substances qui montrent une action décisive sur le gonocoque *sans association d'aucun autre moyen thérapeutique*.

C'est dans de semblables conditions que Jaja a conduit ses recherches :

Groupe I. — Les diverses préparations métalliques (argent, or, platine palladium, sélénium, cuivre, fer, manganèse, mercure, plomb, arsenic, bismuth, iode, antimoine, soufre, calcium).

Résultats : aucune de ces substances n'a montré un véritable tropisme pour le gonocoque, aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques ; la maladie évolua comme si elle était abandonnée à elle-même.

Groupe II. — Glucose, préparations formaldéhydiques (urotropine, etc.). Solutions de glucose à 25 ou 50 o/o, à dose de 50 centimètres cubes intraveineux : aucune action parasitotrope dans les cas aigus ou chroniques. Quant aux préparations formaldéhydiques, elles n'ont montré aucune action sur l'urètrite aiguë, mais une certaine action favorable dans les urétrites chroniques et les cystites.

Groupe III. — Substances colorantes (gonacrine de Poulenc, trypaflavine de Cassella, diamino-méthyl-acridine de Bayer). Ces produits ont été bien tolérés, sauf celui de Bayer, qui donne des phénomènes de choc, parfois inquiétants.

Résultats : pas de réel pouvoir chimiothérapique, pas même au début comme traitement abortif. Action favorable sur les cystites aiguës, moins nette dans les cystites chroniques.

Groupe IV. — Substances colorantes associées à l'argent (argochrome argoflavine, contenant 20 o/o d'argent). Mauvaise tolérance générale : nausées, vomissements, phénomènes de choc et localement endophlébite fréquente.

Résultats thérapeutiques : pas d'action appréciable, aucune guérison des formes muqueuses. Mais l'argoflavine semble cependant plus efficace que la trypaflavine seule contre les complications. Il semble que cette activité doive être attribuée à l'argent et que le problème de la chimiothérapie antigonococcique doive être dirigé de ce côté : trouver, pour l'argent, un véhicule convenable, comme on l'a trouvé pour l'arsenic avec l'arsénobenzol dans la syphilis. L'auteur à ce point de

vue, étudie actuellement un thiosulfate d'argent et de soude, qui semble donner satisfaction.

Groupe V. — Cures mixtes. Association de substances stimulant les moyens de défense naturelle, ou agissant comme « mordants », par des combinaisons chimiques qui, à l'état naissant, peuvent agir plus vite et plus activement sur le gonocoque (tanin, tartre stibié, sulfate d'alumine et de potassium, alun de chrome). Ces produits ont été bien tolérés surtout l'alun de chrome.

Résultats : Il semble que ces « mordants » accroissent l'efficacité de l'acridine, mais cette action n'est pas telle que l'on puisse, par ces moyens seuls, guérir la blennorragie, contrairement à ce qu'ont affirmé certains.

Groupe VI. — Association de la cure générale et d'une cure locale (notamment : acridine intraveineuse et argent intra-urétral ; glucose et argent, urotropine intraveineuse et permanganate).

Résultats : ils n'ont pas été meilleurs que lorsque l'on associe la cure locale avec une cure générale sans prétentions chimiothérapiques, telle que protéinothérapie ou vaccinothérapie.

Conclusions : Il n'existe pas à l'heure actuelle de véritable chimiothérapie antigonococcique, au sens scientifique du mot c'est-à-dire de substance ayant une affinité élective pour le gonocoque et capable de le détruire *sans aucune autre association thérapeutique.*

L'auteur pense que c'est du côté des sels d'argent qu'il faut chercher. Mais il s'agit de trouver la combinaison chimique efficace. Il cite l'exemple de l'arsénobenzol, si efficace contre le tréponème. Et cependant, l'arsenic seul serait sans action et de même le complexe chimique associé. C'est l'association complexe + arsénobenzol qui seule possède le pouvoir chimiothérapique. BELGODERE.

Contribution à la vaccination selon la méthode de Besredka dans le traitement de quelques affections cutanées, par DEGLICH et M. CIANI. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 5, mai 1928, p. 296. Une figure. Bibliographie.

Les auteurs font l'historique des diverses étapes qui ont abouti aux conceptions actuelles sur l'immunité et la vaccinothérapie. De la notion d'immunité générale, on est venu à celle d'immunité d'organe, puis d'immunité de tissu, puis d'immunité cellulaire, histiogène et non seulement humorale. De la notion d'immunité spécifique on est venu à celle d'immunité aspécifique, c'est-à-dire celle qui agit en stimulant les moyens de défense naturelle de l'organisme. Besredka, après avoir appliqué ces principes en utilisant la voie intestinale, a pensé que la peau pouvait elle aussi, servir de terrain propice à la vaccinothérapie. En effet, la dermatologie contemporaine a montré de plus en plus que la peau ne doit pas être considérée comme un simple organe de protection mécanique, mais qu'elle avait une individualité propre, qu'elle constituait un appareil indépendant. La découverte des phénomènes d'allergie cutanée est encore venue renforcer cette opinion.

Le mécanisme de l'immunisation cutanée a été interprété de

diverses manières, mais dans son ouvrage récent sur l'*Immunisation locale*, Besredka pense que ce sont les cellules cutanées saines qui sont influencées par le vaccin, leur métabolisme se renforcerait sous cette influence, elles s'adapteraient ainsi aux conditions nouvelles que leur crée l'infection, se préparant ainsi à la lutte. Elles formeraient ainsi un retranchement protecteur autour du foyer morbide, de sorte qu'il y a plutôt limitation qu'extinction du foyer inflammatoire.

De ces généralités, les auteurs passent à l'examen d'un certain nombre de cas particuliers où ils ont expérimenté la vaccination chez des malades atteints de diverses pyodermites (furoncles, impétigo, acné, etc.).

Les résultats ont été pour la plupart très satisfaisants ; ils ont observé des guérisons rapides, des fluidifications et des résorptions de foyers inflammatoires, comme si un retranchement protecteur contraignait le foyer à s'éteindre par défaut de connexion avec la peau saine.

Les vaccins ont été employés, soit sous la forme liquide, soit incorporés à des excipients huileux ou gras. On a employé des préparations semblables aux auto-vaccins et aux stok-vaccins du commerce, c'est-à-dire des produits qui contenaient des corps bactériens en suspension, détruits par la chaleur. Sur ce point leur technique diffère de celle de Besredka, qui préconise plutôt des filtrats de bouillon culture, afin d'éviter les réactions allergiques que pourraient occasionner les protéines microbiennes. Et, en effet, chez un enfant atteint d'un impétigo de la face, les auteurs purent observer de semblables réactions.

Il faut donc se montrer circonspect, surtout chez les sujets jeunes et dans les régions très vasculaires, mais ces réactions peuvent être évitées en employant des préparations plus diluées.

En somme ces *pansements microbiens* comme les appelle Besredka, semblent avoir un avenir thérapeutique plein de promesses et on ne saurait trop en recommander l'emploi surtout dans les cas où les moyens classiques ont échoué. BELGODERE.

Eczéma chez un sujet diabétique. Traitement par l'insuline. Guérison, par FRANCO NARDUCCI. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 5, mai 1928, p. 315.

Observation d'un sujet de 51 ans, atteint depuis quatre ans d'un eczéma aigu récidivant, formant de larges plaques qui occupaient tout l'abdomen et de larges étendues des membres. Il avait été soigné par de nombreux médecins qui avaient employé sans succès les divers traitements dermatologiques usuels.

Examen des urines : glycosurie à 50 p. 1.000.

Dans une première période, ce diabétique est traité par le régime ; le sucre disparaît de l'urine, mais la réserve alcaline du sang est peu modifiée et la dermatose, au lieu de s'améliorer, s'accentue plutôt.

Dans une deuxième période, le malade est soumis à la cure insuli-

nique, *per os* et en injections ; non seulement il y a disparition de la glycosurie, mais augmentation notable de la réserve alcaline en même temps que l'eczéma s'améliore nettement.

Dans une troisième période, la cure insulinique interrompue est reprise, et cette fois, on obtient une guérison à peu près complète de la dermatose, dont il ne subsiste que quelques pigmentations et quelques rougeurs aux parties génitales. Le traitement local s'est borné à quelques poudrages et à des applications de pâte de Lassar.

Cette observation montre bien que le traitement insulinique n'agit pas seulement sur la glycémie, mais qu'il a encore une action plus complexe sur le sang et sur les tissus et en particulier sur la peau, ainsi que l'ont déjà fait penser les résultats obtenus par certains auteurs dans le traitement de certaines dermatoses, même chez des sujets non diabétiques. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Remarques sur une singulière forme de tuberculide chez un sujet basedowien, par GIUSEPPE BERTACCINI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. II, avril 1928, p. 161, 7 figures. Bibliographie.

Il s'agit d'un cas de dermatose de diagnostic difficile, survenue chez une femme de 39 ans ayant des antécédents tuberculeux pulmonaires et une maladie de Basedow à symptômes bien caractérisés survenue depuis quatre ans. Les lésions cutanées ont débuté par l'apparition, à l'avant-bras droit, d'une petite tache rougeâtre, arrondie, légèrement saillante dont la surface s'est agrandie lentement. A cette tache initiale sont venues s'en ajouter d'autres, devenues ainsi très nombreuses, plusieurs centaines, disséminées sur toute la surface cutanée, sauf la face, la paume des mains et la plante des pieds.

Les caractères de l'élément éruptif sont les suivants : taches arrondies ou ovalaires, de dimension variable, lentille à pièce de monnaie. Les plus grandes sont délimitées par un ourlet relevé, continu, de couleur rosée se distinguant nettement de la peau saine extérieure. En dedans de cet ourlet, petit sillon circulaire recouvert d'une croûtelle ou d'une squame. Au niveau de ce sillon, sur certains éléments, et toujours dans la période prémenstruelle, on observe des accidents ulcéreux qui se réparent rapidement pendant la période menstruelle. Le centre de l'élément présente une aire arrondie, rouge bleuâtre ou rouge-brun, lisse, déprimée par rapport à l'ourlet périphérique, mais plus élevé que la peau saine, et profondément infiltrée. Ces éléments s'accroissent très lentement et ils ne régressent pas ; depuis le début de la dermatose aucun ne s'est guéri. Pendant les périodes prémenstruelles, en outre des réactions cutanées qu'on vient de signaler, il se produit une exacerbation des troubles généraux ou basedowiens.

Examen histologique : structure nettement tuberculoïde, follicules arrondis bien délimités, constitués surtout par des cellules épithé-

lioïdes, avec abondantes cellules géantes de types variés ; au niveau du sillon périphérique, petits foyers de nécrose.

Recherche du bacille de Koch négative par les procédés usuels.

Cuti-réaction à la tuberculine humaine *fortement positive* et l'on voit peu à peu l'infiltration se transformer en un élément identique à celui de la dermatose.

La malade fut traitée par des irradiations inhibitrices de rayons X sur le corps thyroïde.

Amélioration notable de l'état général. Dès les premières applications, on voit disparaître les signes d'activité de la lésion cutanée aux périodes prémenstruelles. Puis, peu à peu les éléments éruptifs régressent, l'ourlet périphérique s'aplatit, la zone centrale se pigmente.

Une nouvelle cuti-réaction à la tuberculine humaine, faite après la quatrième irradiation est négative au bras, faiblement positive à la poitrine. Des frictions d'Ektebin ne donnent qu'une faible réaction locale, aucune réaction générale ou focale. Les irradiations ont donc amené une atténuation de l'état allergique.

Quant au diagnostic dermatologique, l'auteur croit qu'il s'agit d'une dermatose de nature tuberculeuse et, plus précisément, d'une tuberculide atypique, voisine des sarcoïdes de Bœck, dont elle diffère cependant par les accidents *ulcéreux*.

Au point de vue pathogénique B. croit que les hormones thyroïdiennes en excès par suite de la maladie de Basedow ont sensibilisé la peau vis-à-vis du virus tuberculeux. L'amélioration clinique, l'atténuation de l'état allergique sous l'influence des irradiations du corps thyroïde semblent bien justifier cette conception.

BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'acanthosis nigricans, par MARIO ARTOM. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. II, avril 1928, p. 184, 20 figures. Bibliographie.

Comme le fait remarquer l'auteur l'*Acanthosis nigricans* est une des rares dermatoses pour lesquelles on ait pu, rapidement, établir un lien pathogénique, à savoir les relations avec les cancers de l'abdomen.

Il en étudie méticuleusement deux cas qu'il a observés récemment.

L'un chez un homme de 63 ans, *minus habens*, avec développement somatique insuffisant, qui présentait des lésions d'*Acanthosis nigricans* avec leurs caractères classiques, symétriques, accentués particulièrement au cou et aux aisselles. Ces lésions cutanées dataient de 15 ans et le sujet n'accusait pas de troubles gastriques ; il était même glouton, par suite de sa déficience mentale. Brusquement, les fonctions gastriques se troublèrent, il fut pris de vomissements alimentaires, d'hématémèses, et toute la symptomatologie du cancer d'estomac apparut. Mort. Autopsie révélant un cancer du cardia.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 31 ans, à antécédents héréditaires lourdement tarés ; elle-même a eu un développement

difficile, lent et incomplet, et elle présente un aspect infantile. Chez elle, les lésions d'*Acanthosis nigricans* ont débuté dès l'âge de 10 ans, aux aisselles. On constate une hyperpigmentation très nette autour du cou, aux aisselles et aux bouts de sein. Sur ce fond hyperpigmentaire, s'observent les formations papillomateuses habituelles. Les divers examens, cliniques, chimiques, radiologiques, ne révèlent aucune affection de l'appareil digestif, et d'ailleurs l'état général de la malade s'est beaucoup amélioré sous l'influence des traitements institués.

En somme ces deux cas correspondent, l'un à la forme appelée par Darier *forme grave*, ou par d'autres *forme symptomatique*, le second à la *forme juvénile* de Darier, ou *forme bénigne* de certains auteurs. Ce qui est embarassant au point de vue pathogénique, c'est précisément la coexistence de ces deux formes, bénigne et maligne. M. examine et discute toutes les hypothèses qui ont été proposées et qui sont souvent contradictoires. Certains ont même nié la coexistence du cancer, mais cette coexistence est réelle, elle n'est pas constante, mais fréquente. Cependant, dans le premier cas étudié, s'il y avait bien *Acanthosis nigricans* et cancer, la dermatose avait précédé de 15 ans le cancer. Comment expliquer cela ? L'auteur attire l'attention sur ce fait, que, chez les deux malades, il y avait de mauvais antécédents et des troubles du développement psychique et somatique, un *mauvais état constitutionnel*. Et pour lui, s'il y a une interdépendance entre le cancer et la dermatose, ce n'est pas dans le même sens que l'a conçu Darier, mais dans le sens d'une *prédisposition de terrain*, d'où résulterait soit le cancer, soit l'acanthosis, soit les deux affections chez le même sujet. BELGODERE.

Contribution à l'anatomie pathologique des glandes sudoripares, par GILBERTO MANGANOTTI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. II, avril 1928, p. 212, 8 figures, six pages de bibliographie.

Cet important mémoire de 60 pages, fruit de plusieurs années de recherches, n'est pas facile à analyser, parce que, comme tout travail histologique, il vaut surtout par l'abondance des détails méticuleux d'anatomie fine.

Après avoir rappelé les caractères histologiques de la glande sudoripare normale sans ajouter rien d'important à ce qui est déjà connu, l'auteur rappelle la division de ces glandes, d'après Schiefferdecker, en glandes *eccrines* et *apocrines*, qui a remplacé l'ancienne classification en *petites* et *grandes*. Entre ces deux variétés, outre la différence de volume, il existe des différences fonctionnelles plus importantes.

Les glandes eccrines ont une sécrétion surtout aqueuse, par le moyen de granulations, sans destruction du protoplasma. Les glandes apocrines sécrètent, par un mécanisme plus compliqué, avec une destruction partielle du cytoplasme ; leur sécrétion a un poids spécifique plus élevé et contient, outre des sels, des substances organiques (graisse, urée, etc.). Les glandes eccrines sont répandues sur tout le

corps, même les parties glabres. Les glandes apocrines sont localisées aux aisselles, aux régions mammaires et génitales ; leur fonctionnement est en relation avec celui des organes de reproduction, leur développement s'accroît au moment de la puberté ; elles subissent des modifications durant la gestation et peuvent même devenir le point de départ de glandes mammaires accessoires. Seules, en raison de leur dignité fonctionnelle, ces glandes apocrines offrent de l'intérêt et le travail de l'auteur se rapporte essentiellement aux glandes axillaires.

Le mécanisme de la sécrétion est le suivant : on voit les cellules sécrétrices augmenter de hauteur et, dans le cytoplasme, apparaissent des granulations diverses : fuchsinophiles, sidérophiles, graisseuses, etc., etc. Elles s'amassent au sommet de la cellule et la masse qu'elles forment se détache et tombe dans la lumiere du conduit. La cellule revient alors à un état aplati qui est l'état de repos. Ce mécanisme explique que même à l'état normal, ces cellules sécrétrices, suivant les phases d'activité et de repos, ont un aspect variable qu'on ne doit pas attribuer à des altérations pathologiques.

Il existe encore d'autres *variations physiologiques*, notamment celles qui résultent de l'*âge*. La *sénilité* entraîne des altérations de la peau bien connues, amincissement de l'épiderme (de 250 microns à la naissance à 15 microns à 80 ans, Retterer) sclérose du tissu conjonctif, épaississement des artères, atrophie des papilles, telle que la ligne d'union de l'épiderme et du derme devient presque rectiligne. Mais les altérations spéciales aux glandes sudoripares ont été moins étudiées. D'après M. on peut observer : soit l'*atrophie*, depuis le simple « rapetissement » de la glande *in toto*, jusqu'à la transformation de la partie glomérulaire en une petite masse dans laquelle apparaissent seulement des noyaux bien colorés, tandis que le protoplasma est clair et homogène et que la lumière du tube est presque virtuelle. Cette atrophie est rare. Plus commune est la *dilatation*, la glande prenant un aspect kystique, avec épithélium aplati, lamellaire, ou cubique, les recherches microchimiques ne révélant aucune trace d'activité sécrétoire, actuelle ou potentielle.

Modifications dans les états pathologiques. — Les recherches ont porté sur 113 cas. L'auteur les étudie pour chacun des tissus, procédé commode au point de vue didactique, mais un peu schématique, car il est rare que le stroma et le parenchyme souffrent séparément.

Epithélium : les variations physiologiques et les altérations cadavériques rendent son étude difficile. Cependant on peut considérer comme pathologiques les cas où la cellule est désagrégée, difficilement colorable dans sa totalité, envahie en totalité par des gouttelettes de graisse. Ces lésions *dégénératives* peuvent aller jusqu'à la *nécrose*. Une autre modification est l'augmentation de volume, la *dilatation des glomérules*. Ces deux altérations ne coexistent pas toujours. Dans le glomérule dilaté, on peut observer : 1° épithélium aplati ; 2° épithélium sécrétant ; 3° épithélium dégénéré. Le premier cas n'a pas de signification pathologique. Le deuxième et le troisième sont les deux phases d'un même processus : *a*) ectasie par hyperfonc-

tion, les conditions pathologiques nécessitaient une décharge plus active des scories. *b.* ectasie avec dégénérescence ; la cellule s'est épuisée par un fonctionnement excessif ou a été altérée par les substances toxiques excrétées.

Cette interprétation est confirmée par le fait suivant : l'ectasie s'observe surtout dans les maladies où l'élimination se fait sous forme de crise, par exemple dans la pneumonie. On l'observe aussi dans les maladies qui s'accompagnent d'hyperhydrose, par exemple dans la tuberculose. Ou quand il y a un obstacle à l'excrétion, comme dans certaines dermatoses. Ces deux altérations : dégénérescence et ectasie s'observent dans toutes les maladies où l'organisme est fortement imprégné de substances toxiques et fait un effort de désintoxication qui se traduit par un travail anormal des glandes sudoripares (pneumonie, fièvre typhoïde, dysenterie, entérocolite, grossesse, éclampsie).

Tissu conjonctif : dans certains cas, on constate un processus phlegmasique mésenchymateux, sans caractère aigu, c'est-à-dire sans exsudation, ni néoformation vasculaire, ni nécrose. Les fibres de la gaine conjonctive sont dissociées par une infiltration de cellules, parmi lesquelles prédominent les histiocytes de Aschoff, mais on trouve aussi des cellules migratrices amiboïdes, des polynucléaires, des éosinophiles, des cellules plasmatiques, des fibroblastes. Dans d'autres cas, on constate une sclérose constituée avec abondantes fibres collagènes qui entourent les tubes ; le processus inflammatoire mésenchymateux est alors éteint et l'on ne trouve plus de cellules mobiles. En somme on assiste à une évolution très commune dans tous les tissus : inflammation aboutissant à une sclérose.

Tissu élastique : l'auteur insiste longuement sur une altération qu'il a observée et qui n'a pas encore été signalée : une *hyperplasie notable des fibres élastiques*, autour des glomérules, formant parfois une gaine de grande épaisseur, et ce tissu néoformé est toujours privé d'éléments cellulaires. Pour expliquer ce fait, M. admet une théorie d'après laquelle les diverses variétés de fibres conjonctives ne seraient pas autonomes ; leurs caractères morphologiques et tinctoriaux subiraient des variations suivant l'atmosphère physicochimique dans laquelle ils sont plongés. L'hyperplasie dont il vient d'être parlé serait donc une fausse hyperplasie due à la transformation de fibres collagènes et réticulaires en fibres élastiques par suite de perturbations du milieu physico-chimique.

D'après ces constatations microscopiques, on peut se représenter ainsi la pathogénie des altérations des glandes sudoripares.

Transport, par les vaisseaux, de substances toxiques jusqu'à l'émonctoire cutané ; pénétration de ces substances jusqu'à l'épithélium, grâce au tissu réticulaire ; l'épithélium dégénère rapidement, parce que les cellules les plus différenciées sont les moins résistantes. Dans les maladies aiguës, le processus s'arrête là, parce que la durée de la maladie est trop courte pour que le tissu conjonctif ait le temps de réagir.

Ultérieurement, si l'action nocive se prolonge, le tissu conjonctif périglandulaire réagit à son tour : *a*) par mobilisation de ses éléments : phlegmasie ; *b*) par mutation des caractères de ses fibres : sclérose ou fausse hyperplasie du tissu élastique. C'est ce qu'on observe dans les maladies subaiguës et chroniques et chez les vieillards. Si la maladie vient à guérir, l'épithélium peut se réparer tandis que la sclérose continue à évoluer.

Enfin, il ne faut pas exclure absolument la possibilité d'une réaction mésenchymateuse primitive provoquée par les produits toxiques véhiculés par les vaisseaux : on a constaté parfois des foyers inflammatoires nettement péri-vasculaires.

Passant de ces données générales à l'examen des cas particuliers, M. examine les divers types d'altérations.

Suivant l'âge : on n'observe guère d'autres modifications que l'atrophie et la dégénérescence kystique séniles, appréciables surtout après 80 ans.

Suivant les maladies : dans les infections aiguës (appendicite, ulcère gastrique perforé, entérites graves) il y a surtout des phénomènes dégénératifs pouvant aller jusqu'à la nécrose et parfois ectasie par hyperfonction. Dans ces cas, il s'agit d'une participation de l'émonctoire cutané aux phénomènes de sphacèle tissulaire qui atteignent tous les parenchymes de l'organisme gravement infecté.

Dans les affections aiguës et subaiguës de l'appareil respiratoire (bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie), on note d'amples dilatations glomérulaires, avec un épithélium fonctionnant ou dégénéré. Il semble que l'évolution rapide ait amené la mort avant que des altérations dégénératives profondes des glandes aient eu le temps de se développer.

Dans les maladies aiguës qui sont l'ultime épisode d'un état chronique, il y a à la fois des lésions dégénératives épithéliales et des lésions de sclérose conjonctive, mais celles-ci, de toute évidence, sont dues à la maladie chronique initiale.

Dans les maladies subaiguës, les glandes sont très peu atteintes ; il semble se faire une accoutumance de l'émonctoire cutané aux substances toxiques éliminées.

Dans les maladies chroniques, il y a ectasie, sclérose, lésions conjonctives plus ou moins accentuées.

Dans les tumeurs, altérations légères sans caractères spécifiques suivant la variété de tumeur.

Dans la tuberculose, surtout de l'ectasie, peu de dégénérescence épithéliale.

Dans la syphilis, légers phénomènes dégénératifs de l'épithélium, mais surtout, augmentation notable du tissu élastique périglomérulaire.

Dans le diabète, on observe surtout des processus atrophiques : glomérules diminués de volume, leur lumière presque virtuelle.

Un autre problème d'un grand intérêt et qui a déjà suscité de nombreux travaux, c'est celui des *rapports entre les lésions des reins et*

celles des glandes sudoripares, l'analogie morphologique et fonctionnelle faisant présumer une analogie pathologique. Les recherches de Pollacci, Weigert, Piccagnoni, Cesaris-Demel, ont établi cette relation. Mais, quand on trouve simultanément des lésions des reins et des glandes sudoripares, cela ne prouve pas un rapport de cause à effet ; il peut y avoir concomitance due à l'altération de tout l'organisme par la maladie causale. Il faut prendre comme objet d'étude, non pas les lésions aiguës, mais les altérations conjonctives, et choisir des cas où la néphropathie assume le caractère dominant du tableau clinique.

Les recherches de l'auteur l'ont amené aux conclusions suivantes : 1° une maladie rénale n'entraîne pas nécessairement des lésions de l'émonctoire cutané ; 2° quand il existe des lésions des glandes sudoripares celles-ci se montrent assez uniformes et ne varient pas dans leurs caractères et leur intensité suivant le genre et l'intensité de la néphropathie ; 3° des lésions dégénératives épithéliales s'observent surtout dans les maladies aiguës du rein, mais comme celles-ci sont souvent associées à une maladie aiguë de tout l'organisme, les lésions glandulaires sont dues plutôt à la maladie générale qu'à la maladie rénale ; 4° des lésions mésenchymateuses peuvent se rencontrer dans les diverses néphropathies, mais leur type ne correspond pas toujours à celui des glandes ; il peut y avoir d'un côté des lésions avancées, de l'autre des lésions à un stade initial ; 5° l'hyperplasie du tissu élastique présente également des rapports très variables avec la néphropathie, mais se rencontre surtout dans l'artériosclérose du rein.

M. a cherché à compléter ces constatations cliniques par des recherches expérimentales, en provoquant artificiellement des lésions du rein. Afin d'éliminer autant que possible les causes d'erreur, il a eu recours a un procédé spécial : la destruction de l'un des deux reins par l'électrolyse. Des recherches de Lindermann, Castaigne et Rathery ont en effet montré que dans ces cas, il se produit une néphrolysine qui provoque des altérations du rein opposé. M. a bien pu vérifier ces altérations du rein opposé, mais il n'a pas constaté de répercussion sur les glandes sudoripares. Il n'a fait, il est vrai, que deux expériences.

De cette étude, il convient de retenir que les glandes sudoripares sont moins sensibles que le rein aux influences morbides, qu'elles réagissent à ces influences avec une certaine uniformité et une remarquable autonomie. BELGODERE.

Recherches sur la réactivité de la peau dans deux cas de dermatite par arsénobenzol, par LEONARDO NARDELLI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. II, avril 1928, p. 270.

Divers auteurs ont déjà recherché s'il existait, dans les cas de dermatite arsénobenzolique, une réactivité spéciale de la peau à ce médicament. Les résultats ont été contradictoires, mais certains affirment que cette réactivité existe. Chez deux malades qui avaient présenté de semblables accidents cutanés, l'auteur a fait des expériences de contrôle avec l'arsénobenzol et diverses substances anaphylactisantes. Il a

constaté dans les deux cas, qu'il existe, aussitôt après la dermatite, une phase négative pendant laquelle la peau ne réagit pas. Puis survient une phase positive où l'on obtient des réactions nettes. La réaction appartient à l'arsénobenzol et non à tel ou tel de ses éléments constituants. Elle ne se produit pas plus spécialement avec des solutions vieillies et exposées à l'air. Elle fait défaut avec les autres composés arsenicaux, organiques ou non.

Ces alternances de phases négatives et positives mériteraient d'être étudiées dans tous les cas d'hypersensibilité cutanée aux diverses substances. BELGODERE.

Sur un cas de dermatite exfoliatrice généralisée arsénobenzolique, par GIONA NARDI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. II, avril 1928, p. 270. Bibliographie.

L'auteur passe en revue les diverses manifestations cutanées qui ont été signalées à la suite d'injections arsénobenzoliques dont la plus grave est l'érythrodermie exfoliatrice. Il en rapporte un cas qu'il a observé et traité et qui, bien qu'intense, s'est terminé par la guérison. Les caractères cliniques ne diffèrent pas de ceux qui ont été décrits ailleurs, sauf le mode de début, qui fut d'abord localisé à la face dorsale des mains et aux avant-bras sous forme d'une éruption à type d'érythème polymorphe érythémato-papuleux.

L'éruption débuta après une quatrième injection de Néojacol intraveineux à 0,45 et elle se généralisa après la cinquième à la même dose.

Il faut dire qu'il s'agissait d'une femme de 51 ans, cardiaque, avec un mauvais foie et de mauvais reins.

Discutant la pathogénie, N. parmi les différentes théories proposées pense plutôt à une réaction toxique et anaphylactique, tout au moins chez cette malade, en raison des mauvaises conditions organiques.

BELGODERE.

Contribution à l'étude de la lèpre dans la province de Trieste (A propos d'un cas observé à Trieste), par ITALO LEVI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXIX, fasc. II, avril 1928, p. 292, 10 figures. Bibliographie.

La province de Trieste n'est pas un foyer de lèpre autochtone, mais, comme dans toutes les régions maritimes on y observe des cas de lèpre importés. Neuf cas ont été signalés depuis 1900.

Le cas rapporté est celui d'un sujet natif de Corfou, domicilié à Trieste depuis 1913 et considéré jusqu'alors comme une syringomyélie. L'auteur décrit les symptômes constatés qui sont ceux d'une lèpre mixte.

Au point de vue histologique, les lépromes ne renfermaient pas de cellules lépreuses, mais l'aspect et la disposition des éléments cellulaires présentaient la plus grande analogie avec les lupoïdes de Boeck.

Au point de vue radiologique, surtout aux os des pieds et des mains, contrairement à l'opinion admise de Deyke, il y avait une destruction de l'extrémité distale des métatarsiens et un amincisse-

ment de la partie moyenne, tandis que les extrémités proximales et les phalangines étaient intactes.

L'examen du mucus nasal, tout au moins au début, avant tout traitement montra nettement la présence du bacille de Hansen.

Le professeur Serra a insisté sur l'importance de l'examen du suc ganglionnaire, qui permet, par la constatation du bacille, non seulement de confirmer le diagnostic sur les cas avérés, mais de dépister es cas latents dans l'entourage des malades. Chez ce sujet cet examen fut négatif, sans doute parce que c'était un cas trop ancien.

Le malade avait travaillé longtemps pieds nus comme tanneur à Corfou et se rappelait que les lésions avaient débuté par une suppuration d'une callosité de la plante du pied. A ce niveau, il persistait depuis de longues années une lésion ulcéreuse. C'est sans doute là qu'avait été la porte d'entrée, comme semblait aussi le confirmer la tuméfaction plus accentuée des ganglions inguinaux.

L'auteur joint à son travail une statistique des cas de lèpre constatés en Italie (291 en 1926) et la statistique de Sir Rogers pour le monde entier (près de trois millions). Il insiste sur les cas ignorés, sur la possibilité d'un retour offensif de la maladie et sur la nécessité d'une police sanitaire. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kioto).

Sur le colloïd milium (Ueber das Kolloidmilium), par A. FUKAI. *Acta Dermatologica, Japonia*, vol. 11, fasc. 2, février 1928, p. 155.

Observation de deux cas de colloid milium avec examen histologique : l'auteur constata une dégénérescence des tissus élastique et collagène au pourtour des masses colloïdales. D'après l'auteur la masse colloïdale, caractéristique de cette lésion, proviendrait d'une transformation directe des fibres collagènes.

Cette maladie n'est pas en rapport avec la dégénérescence sénile de la peau ; la lumière, la chaleur jouent un certain rôle dans son étiologie, mais à côté d'une prédisposition individuelle.

OLGA ELIASCHEFF.

Etude sur la pelade. Etude histologique sur les fines ramifications nerveuses des follicules pileux dans la pelade (A study on alopecia areata. A histological study of the slender nerve branches of hair follicles in alopecia areata), par S. TAMURA. *Acta Dermatologiga Japonia*, vol. 11, fasc. 2, février 1928.

L'auteur examina histologiquement les fines ramifications nerveuses au pourtour des follicules pileux. Il employa la technique de Kajal modifiée par Ramon. Il trouva dans les ramifications un œdème, des fibres cassées, noueuses et inégalement colorées, mais il n'attribue pas ces altérations à la pelade. Elles sont toutes probablement artificielles et dues à la novocaïne employée pour l'anesthésie locale.

OLGA ELIASCHEFF.

L'influence de l'ablation de la thyroïde sur la peau, les glandes cutanées et spécialement sur les glandes sudoripares (Der Einfluss der

Schilddrusenextirpation auf die Haut und Hautdrüsen mit besonderer Berucksichtigung der Schweindrüsen), par M. MINOWADA. *Acta Dermatologica, Japonia*, vol. 11, fasc. 3, mars 1928, p. 231.

Travail expérimental pour déterminer les rapports entre la thyroïde, les fonctions de la peau et des glandes cutanées. L'auteur extirpa la thyroïde à une série de chats du même âge et examina la sécrétion des glandes sudoripares à des intervalles différentes. On constate déjà 14 jours après l'ablation de la thyroïde des troubles de la sécrétion, les derniers s'accentuèrent avec le temps. Les modifications histologiques de la peau et des glandes sudoripares se manifestent beaucoup plus tard. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de corne cutanée d'un volume rare (A case of cutaneous horn of rare magnitude), par J. SCOTTA. *Acta Dermatologica, Japonia*, vol. 11, fasc. 3, mars 1928.

Corne cutanée de 4,8 cm. de longueur à la face d'une femme âgée de 81 ans. L'examen histologique montra une prolifération de l'épiderme sans aucune tendance à la malignité. L'ablation amena une guérison complète sans récidive. OLGA ELIASCHEFF.

Etude sur la chrysarobine (Studies in Chrysarobin), par K. SAKURAI. *Acta Dermatologica, Japonia*, vol. 11, fasc. 3, mars 1928, p. 261.

L'irritation produite par la chrysarobine dans le traitement des maladies cutanées peut être supprimée si on adjoint le bicarbonate de soude à la chrysarobine. Le bicarbonate de soude neutralise les phénols contenus dans la chrysarobine. OLGA ELIASCHEFF.

L'influence de petites doses de bromure de potassium administrées par la bouche sur les organes internes et spécialement sur la thyroïde (Influence of a small quantity of potassium bromide administered stomachically on the internal organs with especial regard to thyroid gland), par M. MINOWADA. *Acta Dermatologica, Japonia*, vol. 11, fasc. 4, avril 1928, p. 381.

Des pigeons reçurent pendant 50 jours 20 cm³ d'une solution de bromure de potassium à 1 pour 1.000 par jour. L'auteur constata une grande hypérémie de la thyroïde et une prolifération des cellules épithéliales, lésions indiquant un fonctionnement très actif de la glande. Aucune modification dans les autres organes.

OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de purpura syphilitique (Ein Fall von Purpura syphilitica), par S. KANISAWA. *Acta Dermatologica, Japonia*, vol. 11, fasc. 4, avril 1928, p. 391.

Un homme âgé de 38 ans ayant eu 7 mois auparavant un chancre induré présente des pétéchies punctiformes disséminées sur le corps. Dans le dos les lésions forment des groupes. Trois nouvelles poussées en 8 jours. Disparition complète après trois injections de salvarsan.

OLGA ELIASCHEFF.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Nouvelles données dans la doctrine de la trichophytie, par A. Pélévine et N. Tchernogouboff. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 6, février 1928, p. 397, 26 figures.

Bibliographie et discussion sur les trichophyties et observation personnelle d'une trichophytie chronique de la peau et des phanères chez trois membres de la même famille. Cette trichophytie fut compliquée par des lésions des muqueuses (chez 2 malades lésions de la muqueuse buccale et vaginale) des ganglions lymphatiques et des os. Les auteurs constatèrent en plus des abcès froids dans le derme, des symptômes du côté des poumons (radioscopie) une légère tuméfaction de la rate, une éosinophilie du sang et des symptômes de sympathicotonie.

L'examen bactériologique et histologique montra des mycéliums ramifiés et cloisonnés. L'ensemencement des squames cutanées (celui des squames des muqueuses resta négatif) du pus des abcès et des fistules sur le milieu de Sabouraud donna des cultures pures du *Trichophyton violaceum* de Sabouraud.

Les intradermo-réactions et la réaction de fixation furent négatives.

Le traitement consista en injections d'un vaccin préparé avec le champignon, l'iodure de potassium et les rayons X.

Olga Eliascheff.

Lentiginose profuse unilatérale (Lentiginosis profusa unilateralis), par K. Gron. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 6, février 1928, p. 466, 3 figures.

Observation détaillée d'un cas très rare de lentiginose profuse unilatérale apparue après une infection post-opératoire.

Olga Eliascheff.

Cancer débutant comme maladie de Bowen avec métastases multiples, par C. Postma et F. G. Insinger. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 6, février 1928, p. 474, 4 planches.

Les auteurs apportent l'observation d'un cas d'épithélioma d'un type spécial ressemblant histologiquement à la maladie de Bowen. Lésion unique siégeant sur la cuisse et datant de 18 ans. Apparition depuis quelques mois d'une adénopathie inguinale du côté de la lésion, ganglions volumineux, durs et adhérents aux plans profonds. Œdème de toute la jambe.

L'examen histologique de la lésion et des ganglions montra des cellules monstrueuses, des noyaux de « clumping-forme » mais aussi de petites cellules atypiques. Dans les coupes de la peau on constata des « grains » et des « corps ronds ». Dissémination très rapide : métastases cutanées et dans les organes : foie, poumon, la moelle osseuse, les vertèbres, les ganglions et dans les parois des vaisseaux sanguins.

Olga Eliascheff.

Sur la réaction de précipitation des globules rouges dans les différentes maladies cutanées (An investigation of the red cill sedimenta-

tion reaction in different skin diseases, par James Strandberg. *Acta Dermato-Venereologica de Stockholm*, vol. VIII, fasc. 6, février 1928, p. 447.

S. publie les résultats obtenus dans 1.000 cas par la réaction de précipitation des globules rouges dans les pyodermites, la gale, l'érysipéloïde, les mycoses, tuberculides, eczéma, toxicodermies, etc. Ses conclusions sont les suivantes : les différentes maladies cutanées peuvent donner des valeurs différentes dans le temps de précipitation. Cette réaction est surtout fidèle dans les maladies d'origine infectieuse, mais il faut aussi tenir compte des indications fournies par la réaction dans les maladies d'étiologie indéterminée.

Olga Eliascheff.

Revue Médicale de la Suisse Romande (Lausanne).

Contribution à l'étude de la blennorrhagie urétrale chez la femme, par R. Gonin (Lausanne). *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1928, n° 6, 25 avril 1928.

Le traitement de l'urètre est aussi nécessaire chez la femme que chez l'homme. La recherche des trajets para-urétraux, des fistules, permet de trouver des repaires gonococciques et d'expliquer certaines contaminations. G. donne quelques indications utiles et sa méthode actuelle de traitement.

H. Rabeau.

Archives Biologitcheskich naouk (Leningrad).

Recherches expérimentales sur les proliférations atypiques de l'épithélium cutané. Proliférations épithéliales atypiques dans l'inflammation aseptique provoquée par la cholestérine et le charbon animal, par W. G. Garchine. *Archives Biologitcheskich naouk* (Leningrad), t. XXVIII, n° 2, 1928, pp. 155-160.

Continuant ses travaux sur les proliférations atypiques de l'épithélium, l'auteur a étudié l'influence de la cholestérine et du charbon animal, comme irritants causant une inflammation aseptique. La cholestérine a été employée sous forme d'émulsion aqueuse à 1 p. 40 et à 1 p. 20, injectée sous la peau de l'oreille d'un lapin. L'injection provoque le développement d'un granulome à cellules géantes, semblable à celui observé après injection de terre d'infusoires, mais la différence consiste dans le dépôt des lipoïdes à double réfraction dans les cellules du granulome, dépôt dû à l'émulsion de la cholestérine. Finalement, le granulome se compose de cellules xanthomateuses typiques. Le granulome est entouré de proliférations atypiques de la couche épithéliale.

Le charbon animal a été employé sous forme d'émulsion de 2 à 4 o/o.

L'auteur conclut que les proliférations épithéliales atypiques peuvent être provoquées par l'emploi de poudres dont la composition chimique est différente. Employées sous forme d'émulsion, elles pro-

voquent toutes la même réaction du tissu conjonctif, avec granulome à cellules géantes et proliférations épithéliales atypiques entourant ce granulome. Par conséquent, ce ne sont pas les propriétés chimiques des irritants, mais la présence du granulome sous l'épithélium, qui donne les proliférations atypiques de l'épithélium.

BERMANN.

Belarousskaia Medizinskaia Mysl.

Un cas de lipomatose symétrique multiple familiale, par J. E. CHAPIRO (Minsk). *Belarousskaïa Medizinskaïa Mysl,* nos 4-5, avril-mai 1928, pp. 165-171.

Les lipomes solitaires sont assez fréquentes, mais les lipomes symétriques multiples sont rares En ce qui concerne la lipomatose symétrique multiple familiale, elle se compte par unités. L'auteur décrit 2 cas de cette affection chez 2 frères, paysans blanc-russiens, âgés de 64 et 58 ans. Pas d'antécédents héréditaires morbides. Les malades ont toujours travaillé la terre et étaient sobres, pas de tabagisme non plus. La dermatose lipomateuse est représentée chez les 2 frères par une grande quantité de tumeurs (40 chez l'un et 80 chez l'autre) allant du volume d'une noisette à celui d'une orange. La localisation est sur tout le corps, excepté la face, les mains, les jambes et les pieds. A part les tumeurs, toute la peau est dense, dure, infiltrée, légèrement pigmentée. Les tumeurs sont indolores, rénitentes, n'adhèrent pas à la peau, elles se déplacent facilement et ne se fusionnent pas les unes avec les autres. Transpiration normale, phanères (poils et cheveux, ongles) rien de particulier. Rien de spécial aux organes internes. La biopsie montre un lipome classique. A la base de la lipomatose décrite, l'auteur suppose un trouble trophique du système nerveux, à la suite duquel les cellules graisseuses ont pris une croissance pathologique et atypique.

BERMANN.

Journal dla Ousoverchenstvovania vratchey (Leningrad).

La réaction de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi chez les femmes et les nourrissons, par B. D. GOURVITCH (Leningrad). *Journal dla ousoverchenstvovania vratchey,* no 4, avril 1928, pp. 205-207.

L'auteur a fait faire les réactions sérologiques chez 1.260 femmes enceintes ou mères et 112 enfants hérédo-syphilitiques ou suspects de syphilis. Les conclusions de l'auteur sont : la syphilis des nourrissons se rencontre apparemment beaucoup plus souvent que nous ne la diagnostiquons par les symptômes cliniques habituels (40 o/o sur 72 enfants suspects). Il faut donc pratiquer les séro-réactions chez tous les enfants suspects. Il faut pratiquer plusieurs séro-réactions simultanées chez toutes les femmes enceintes suspectes de syphilis, plusieurs fois lors de la grossesse. Dans les consultations pour femmes et enfants, il faut exécuter des séro-réactions simples (Kahn, Sachs-Georgi, Meinicke, etc.) qui, en cas de positivité, doivent être vérifiées par le Bordet-Wassermann classique.

BERMANN.

La micro-réaction de Meinicke chez les nourrissons, par T. U. Paltzéva (Leningrad). *Journal dla ousoverchenstvovania vratchey*, n° 4, avril 1928, pp. 223-225.

Se basant sur l'examen de 161 personnes, dont 128 enfants et 33 mères, l'auteur conclut : la micro-réaction de Meinicke a une grande valeur et est presque spécifique de la syphilis. Elle coïncide dans 92,5 o/o des cas avec la réaction de Bordet-Wassermann. La micro-réaction est très utile en clinique infantile, car elle nécessite très peu de sang et la prise de sang est facile. La réaction est simple et s'exécute facilement et rapidement. Bermann.

Contribution au traitement par les boues minérales des affections inflammatoires chroniques de la sphère génitale de l'homme, par A. P. Kolomoïtzeff (Anapa). *Journal dla ousoverchenstvovania vratchey*, n° 5, mai 1928, pp. 301-304.

Se basant sur l'observation de 40 malades atteints d'affections d'origine gonococcique (excepté trois), l'auteur arrive aux conclusions suivantes : le traitement par les boues est une bonne méthode adjuvante dans les inflammations chroniques des organes génitaux de l'homme, contribuant à la résorption du processus par l'amélioration de la circulation et en diminuant les douleurs et les infiltrations qui finissent par disparaître. Il y a des exceptions toutefois. La réaction trop forte provient d'un foyer virulent en activité. Les prostatites chroniques traitées par les boues associées aux massages guérissent rapidement. L'hypertrophie de la prostate traitée localement par des boues s'améliore dans sa période de début, car la circulation des organes du petit bassin se fait mieux et fait éviter des hypérémies locales. Les épididymites chroniques pas trop anciennes sont très bien influencées, mais les trop anciennes avec des altérations cicatricielles résistent au traitement. La tuberculose testiculaire récente ne doit pas être traitée par les boues minérales. Les rétrécissements blennorragiques de l'urètre guérissent par l'emploi local des boues avec bougies introduites ensuite. Les boues exercent une bonne influence sur l'activité sexuelle par l'hypérémie prostatique. Des études ultérieures et plus détaillées sur les indications et contre-indications de ce traitement sont encore nécessaires. Bermann.

Klinitcheskaïa Medizina (Moscou).

L'origine et la nature de la paralysie progressive à la lumière des recherches biologiques modernes, par N. I. Sclar (Astrakhan). *Klinitcheskaïa Medizina*, t. VI, n° 11 (86), pp 623-630.

Pourquoi n'est-ce qu'une partie (environ 5 o/o) des syphilitiques qui est atteinte de paralysie générale et la plupart restent-ils indemnes ? La variété neurotrope des tréponèmes, existant isolément et différente de la variété dermotrope n'est pas prouvée. D'autre part, l'on ne peut pas encore admettre l'existence d'un agent particulier provoquant la paralysie générale. Dans 2 cas de l'auteur, le père est atteint de paralysie générale et les autres membres de la famille sont menta-

lement sains. Dans 3 cas, le mari est paralytique général, la femme a le tabès, le fils aîné psychiquement sain présente des manifestations physiques d'hérédo-syphilis tardive. La fille cadette, née après 12 ans de maladie des parents, est physiquement arriérée, mais n'a ni syphilis active, ni métasyphilis. Beaucoup d'auteurs voient la cause de la paralysie générale dans l'affaiblissement des forces défensives de l'organisme. Certains auteurs, se basant sur la théorie de l'ésophylaxie, selon laquelle la peau est un organe immunisant, préservant les viscères de l'infection spécifique, expliquent la rareté de la paralysie générale chez des sujets ayant eu des accidents cutanéo-muqueux, par ce mécanisme de l'immunité. Mais les expériences n'ont pas confirmé cette hypothèse, car le sang et la peau des paralytiques généraux et des syphilitiques en général, n'a pas d'anticorps immunisants. L'antagonisme de la syphilis cutanée et nerveuse peut encore s'expliquer par l'immunité dépressive selon laquelle l'infection ayant envahi un système ménage un autre, car elle s'y épuise. D'autre part, les tertiaires, les gommeux, présentent fréquemment en même temps une métasyphilis active ou latente, sérologique, avec des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien. Donc, l'immunité dépressive n'explique pas assez l'apparition de la paralysie générale. Mais parmi les complications nerveuses de la syphilis, il y a encore la syphilis cérébrale dont les lésions sont plus superficielles que celles de la paralysie générale. Les différences cliniques de ces 2 affections sont aussi nettes, la syphilis cérébrale ayant une localisation plus restreinte, le psychisme est moins atteint. La paralysie générale atteint non seulement le cerveau, mais aussi d'autres parties constituantes du système nerveux et, en plus, les organes internes (aorte, foie, reins, cœur, rate, etc.). La paralysie générale due aux spirochètes est une affection spécifique toxique, en rapport avec le trouble des échanges des matières. Les auteurs supposent une pénétration des toxines par les parois vasculaires et les méninges plus fragiles. Leur perméabilité est augmentée, grâce aux particularités congénitales ou acquises, selon les constitutions. La paralysie générale se développe chez des personnes qui surmènent leur système nerveux, qui sont déséquilibrées, alcooliques, qui peuvent présenter une perméabilité vasculaire et méningée anormale, exagérée. Les centres psychiques sont alors plus facilement attaqués par les toxines de l'échange des matières, ces toxines peuvent également agir sur d'autres parties de l'organisme. C'est cette théorie qui est actuellement la plus juste et convient le mieux. Elle est due à Kræpelin, à Hauptmann (bactériologiste) et à Klarfeld (histopathologiste). BERMANN.

Profilaktitcheskaïa Medizina.

Les affections vénériennes en Ukraine et l'appréciation de l'activité antivénérienne, par A. N. FÉDOROVSKY (Kharkov). *Profilaktitcheskaïa Medizina,* n° 5, mai 1928, pp. 87-96.

En 1924-1925 la syphilis était au taux de 4,67 o/oo, en 1925-1926,

389 o/oo, en 1927, 2,6 o/oo. En 1912, sous l'ancien régime, 4,13 o/oo, en 1923-1924, 4,49 o/oo par rapport à la population totale. Depuis 1925, la syphilis est donc en voie de diminution, car les dispensaires antivénériens développent une activité très intense. Si l'on compare le nombre des cas contagieux en 1924-1925 et en 1925-1926, on trouve qu'il a diminué : 9,39 et 7,86. Les régions les plus affectées sont celles où l'industrie est le plus développée, puis viennent les régions agricoles. En comparaison avec l'avant-guerre, ce sont les formes secondaires qui font venir le malade au dispensaire, tandis que c'était le stade tertiaire qui faisait auparavant consulter le patient.

En ce qui concerne la blennorragie, en 1925-1926 il y avait accroissement de 16 o/o en comparaison avec 1924-1925 ; en 1926-1927, cette augmentation est de 27 o/o. En 1927, il y avait en tout 2,19 o/oo de blennorragiques parmi la population ukrainienne. La blennorragie va donc toujours en augmentant. La répartition de la blennorragie quant aux régions est identique à celle de la syphilis. Environ 55-60 o/o de cas se rapportent aux villes et 40-45 o/o à la campagne. C'est un phénomène universel et il s'explique par le manque d'agent antigonococcique efficace comparable au néo dans la syphilis.

En 1927, le chancre simple a été de 0,12 o/oo par rapport à la population. Même répartition dans les régions que pour les autres affections vénériennes.

Le nombre des dispensaires va en croissant : 3 en 1922, 90 en 1927, de même que celui des stations vénérologiques rurales : 3 en 1922, 130 en 1927. Or, le nombre des places stationnaires est diminué et se trouve insuffisant : 1924-1925, 595 ; 1925-1926, 740 ; 1926-1927, 666. Le nombre des malades traités par le néo a beaucoup augmenté ; les conférences et les visites prophylactiques allaient toujours en croissant.

L'auteur conseille d'intensifier la lutte antiblennorragique, d'élargir la lutte antivénérienne à la campagne, de répandre les connaissances sur les affections vénériennes, d'améliorer l'état économique de la population, surtout parmi les femmes sans travail afin d'éviter la prostitution, organiser la lutte antialcoolique. BERMANN.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

Contribution à la casuistique de l'endothéliome tubéreux multiple familial de Spiegler, par A. A. KROÏTCHIK (Kieff). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 442-448.

Une Juive de 58 ans présente des tumeurs multiples de volume varié, hémisphériques ou plates, élastiques, jaunâtres ou rouge-violet, localisées au cuir chevelu, aux oreilles, à la poitrine, au dos, aux aisselles, aux aines. Rien de particulier aux divers organes. Le père de la malade aurait eu une tumeur solitaire au cuir chevelu. En outre, la malade présente des nævi disséminés et une *cutis verticis gyrata*. L'examen histologique montre que les tumeurs n'ont aucun rapport avec l'épiderme, de même qu'avec les glandes sébacées et sudoripares

et les follicules pileux. Le siège des tumeurs est entre l'épiderme et le tissu cellulaire sous-cutané.

La fille aînée de la malade, une ménagère de 35 ans, présente des tumeurs analogues au cuir chevelu, au pavillon de l'oreille droite, à la poitrine. En plus, elle est atteinte d'épithélioma adénoïde cystique localisé à la face (front, nez, lèvres). Rien de particulier aux viscères.

Une seconde fille de la malade, âgée de 26 ans, présente un endothéliome derrière l'oreille gauche. Le fils, âgé de 33 ans, est porteur d'épithélioma adénoïde cystique. L'intérêt des cas cités consiste dans leur hérédité, la combinaison de l'endothéliome avec d'autres dermatoses et malformations, l'absence de troubles internes, la longue durée de l'endothéliome, sa bénignité et son étiologie inconnue.

Bermann.

Contribution à l'étude des réflexes vasomoteurs de la peau, par N. N. Yasnitzky et A. M. Nikitine (Kazan). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, nº 5, mai 1928, pp. 449-456.

Après des considérations d'ordre théorique, les auteurs exposent les résultats de leurs recherches faites sur 54 malades et 9 personnes saines servant de contrôle. Les malades avaient les dermatoses suivantes : 16 cas d'eczéma aigu, 9 cas d'eczéma subaigu, 20 cas d'eczéma chronique, 3 cas d'érythème polymorphe et 6 cas d'urticaire. Les examens se faisaient selon la méthode de Groer-Hecht. Les auteurs ont constaté que les malades ayant un tonus normal du système nerveux sympathique, ne présentent pas de déviation considérable de la norme à la réaction de l'adrénaline. Les malades vagotoniques ont le réflexe constricteur normal ou légèrement affaibli surtout dans sa première phase. Les malades à forme mixte de névrose végétative, présentent des oscillations notables de l'intensité de la réaction à l'adrénaline. Quant aux réflexes vasodilatateurs, chez les malades vagotoniques, surtout les eczémateux, la réaction dilatatoire est augmentée dans 59 o/o des cas. Les malades au tonus végétatif normal et les vagosympathicotoniques donnent une réaction de la dilatation avec des oscillations dans des limites normales. En plus, les malades vagotoniques réagissent dans plus de la moitié des cas par une vasodilatation, car les vasodilatateurs sont plus excitables, ce qui s'accompagne le plus souvent de dermographisme rouge. Bermann.

Contribution aux ulcères tuberculeux primaires simulant l'épithéliome, par A. A. Aravysky (Tomsk). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, nº 5, mai 1928, pp. 457-463.

Le malade âgé de 37 ans ne présente rien de particulier au point de vue des antécédents héréditaires et personnels. La femme du malade contracte, en décembre 1926, après un refroidissement une pneumonie qui dégénère en phtisie galopante. La malade est alitée et ne peut plus se lever. C'est le mari qui la soigne tout le temps de son mieux. Un peu avant l'alitement de sa femme, le malade a remarqué, après s'être rasé, une petite excoriation à la commissure buccale gauche. L'excoriation s'est transformée, par les mouvements des lèvres,

en rhagade, qui saignait, se couvrait d'une croûte, puis s'est transformée en ulcération. Au cours de la maladie de sa femme, le malade l'embrassait souvent. L'ulcère grandit et les ganglions sous-maxillaires se tuméfient. Les médecins diagnostiquent un cancer, une chancrelle, etc. Le professeur Bogolépoff pose le diagnostic d'ulcère tuberculeux ressemblant à l'épithélioma. Pirquet faiblement positif. L'inoculation au cobaye donne un chancre tuberculeux avec adénopathie. N'ayant pas terminé les séances de radiothérapie, le malade quitte la clinique et rentre chez lui au début de mars 1927 lorsque sa femme meurt. Le malade se sent bien jusqu'en octobre, quand le malade faiblit, maigrit, a de la dysphagie. En décembre, l'on constate une tuberculose pulmonaire, l'ulcère labial s'est étendu, les frottis montrent dans sa sécrétion des bacilles de Kock. Le malade est décédé de faiblesse générale à la fin de l'année. L'autopsie montre une tuberculose pulmonaire, pleurale, prostatique, trachéo-bronchique. La structure de l'ulcère et des ganglions satellites est tuberculeuse.

BERMANN.

La « modification de l'Institut Pasteur » dans la sérologie de la syphilis (la méthode active), par J. LIFCHITZ (Moscou). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 464-476.

Se basant sur l'étude bibliographique et ses recherches personnelles sur 306 sérums, l'auteur conclut : La méthode des sérums actifs est beaucoup plus sensible que la méthode classique. La méthode active n'a pas donné plus de résultats positifs chez des non-spécifiques que la méthode classique de Bordet-Wassermann. Au point de vue technique, la méthode active est simple, claire et exécutable dans tout laboratoire, même en province, ce qui est très important. C'est pourquoi la méthode active de l'Institut Pasteur de Paris est une réaction beaucoup plus utile à titre de complément au Bordet-Wassermann que les réactions de floculation qui sont si à la mode. BERMANN.

L'examen du liquide céphalo-rachidien chez des enfants hérédo-syphilitiques, par G. LANDA et G. BOÏÉVSKAÏA (Odessa). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 476-491.

Se basant sur les données bibliographiques et 431 ponctions lombaires faites chez 415 enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, les auteurs concluent : les altérations du liquide céphalo-rachidien aux périodes diverses de l'hérédo-syphilis correspondent apparemment à celles de la syphilis acquise (à part les détails qui varient). L'appréciation des résultats et les indications à la ponction doivent donc rester les mêmes. La ponction lombaire peut servir de moyen de diagnostic chez des hérédos et les familles syphilitiques présentant des données cliniques et sérologiques négatives (19,3 o/o des résultats positifs). Le liquide céphalo-rachidien pathologique prouve une affection du système nerveux central, car les enfants sains ont toujours des réactions négatives. C'est la syphilis qui donne le plus souvent des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien et c'est pourquoi on doit dans ce cas toujours la rechercher. BERMANN.

Le traitement des maladies cutanées par l'irradiation de la rate d'après Thedering, par A. Dombrovsky et A. Tatarsky (Rostof-s.-Don). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 492-497.

Les auteurs ont traité 81 malades atteints de dermatoses diverses (surtout d'eczéma et de psoriasis) par l'irradiation de la rate suivant la technique suivante : tube de Coolidge, tension de 80 à 100 kv. ; distance du foyer à la peau, 25 centimètres ; filtre d'aluminium de 3 millimètres ; dose de 0,5 à 1 ; séances hebdomadaires. La méthode est commode, exempte de danger. Il faut être prudent avec l'irradiation des foyers cutanés après l'irradiation splénique, car il peut y avoir une réaction érythémateuse, même avec des doses moyennes. Le lupus érythémateux, le psoriasis, la furonculose, l'eczéma aigu, l'acné polymorphe, l'hydrosadénite ont été favorablement influencés. L'eczéma chronique a donné des résultats variables. Pas d'effet dans des cas de névrodermite, de dysidrose et de prurit cutané. L'auteur recommande cette méthode dans les cas de dermatoses rebelles d'origine surtout infectieuse. Bermann.

Un cas de favus du cuir chevelu avec abcès des poumons, médiastinite, péricardite et périhépatite, par N. M. Tchoumakoff. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 498-500.

Un conscrit juif de 21 ans est atteint depuis le bas-âge de favus du cuir chevelu. En plus, il présente une maladie de cœur, avec faiblesse générale, anémie, vertiges, toux et dyspnée. L'expectoration contient des achorions du favus. Au bout de 10 jours, le malade meurt d'un accès cardiaque. L'autopsie a montré des abcès pulmonaires, une médiastinite fibreuse chronique, une péricardite et une périhépatite, le cœur est atrophié. Cas très rare. Bermann.

Deux cas de parapsoriasis en gouttes d'origine probablement tuberculeuse, par V. V. Borovsky et B. M. Bouzac (Kieff) *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 500-503.

Les auteurs décrivent 2 cas de parapsoriasis en gouttes typiques chez 2 femmes de 17 et de 24 ans, toutes deux tuberculeuses. Les biopsies faites dans les 2 cas concordent avec le diagnostic clinique. La jeune fille de 17 ans (1er cas) atteinte de tuberculose active voyait son affection s'améliorer au fur et à mesure que s'améliorait le processus tuberculeux des poumons. Son traitement consistait en injections intraveineuses de chlorure de calcium à 10 o/o, en administration d'arsenic, lampe de quartz et toniques. Les auteurs, se basant sur l'observation de ces cas, surtout du premier, croient à l'origine tuberculeuse de la dermatose chez leurs malades.

Bermann.

Contribution au traitement des verrues vulgaires par des injections de salicylate de mercure à 10 0/0, par D. G. Berguère (Odessa). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 568-569.

L'auteur a traité 6 ouvriers (dont 3 hommes et 3 femmes) atteints des verrues vulgaires qui ne cédaient à aucun traitement. L'auteur

faisait tous les 3 jours des injections de salicylate de mercure à 10 o/o, en émulsion huileuse, à la dose de o gr. 50. Sauf dans un cas, les verrues ont disparu complètement, sans récidives, au bout de quelques mois. Dans un seul cas, elles ont disparu rapidement. Le plus souvent, l'auteur faisait 2-3 injections. BERMANN.

Un cas de cancer de la verge chez un syphilitique, par A. V. BÉLOOUSSOFF (Voronège). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 5, mai 1928, pp. 586-590.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur rapporte son cas personnel. Le malade est un comptable de 29 ans, pâle, affaibli et amaigri. A 14 ans, il a été opéré de phimosis. A 22 ans, chancre dur non traité, suivi 4 mois après de papules périanales faisait faire le diagnostic de syphilis. A été traité par un aide-médecin par des compresses et poudrages. N'a aucun accident jusqu'à l'âge de 25 ans, présente alors des gommes de la jambe gauche qui ne cèdent qu'au traitement spécifique institué 3 ans après le début des gommes. En même temps que les gommes, à la verge, au siège de l'accident primaire, apparaît une ulcération, que le malade traite lui-même par des cautérisations au nitrate, par le sublimé, des poudres diverses. Elle ne cède pas au traitement qui a guéri les gommes. Elle augmente au contraire, et la cure spécifique est sans action. On constate à la clinique, une destruction du gland et du prépuce par une ulcération de 5-6 centimètres, irrégulière, violacée, à bords nets et infiltrés. L'urètre s'ouvre au milieu de l'ulcération qui a aussi entamé l'urètre. Œdème douloureux des bourses, de la verge et du prépuce. La seconde ulcération se trouve au pubis, surélevée et dure, la troisième ulcération est située dans l'aine droite. L'examen histologique montre un carcinome spino-cellulaire typique. B.-W. +. La syphilis et l'irritation médicamenteuse ont produit le cancer, selon l'opinion de l'auteur.

BERMANN.

Venerologia i Dermatologia (Moscou).

Sur l'emploi de l'ionisation dans quelques-unes des maladies cutanées, par ISMAIL-SADE et A. DSCHAFAROFF. *Venerologia i Dermatologia*, mars 1928, p. 330.

Les auteurs traitèrent par l'ionisation 71 sujets atteints de sycosis simple, de trichophytie de la barbe, de lupus érythémateux, de rosacée, de leishmaniose et de blastomycose. Ils considèrent cette méthode comme très efficace et d'une grande valeur pratique surtout dans les lésions folliculaires. L'ionisation de zinc est indiquée dans les cas aigus, d'iode dans les lésions chroniques. L'action des ions de zinc et d'iode est probablement basée sur leurs propriétés antiparasitaires et résorbantes. Ce traitement aboutit dans 18 cas à une guérison complète, à une amélioration dans 30 autres, même dans la leishmaniose et la blastomycose. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des onychomycoses familiales, par E. WASSILIEWA. *Venerologia i Dermatologia*, mars 1928, p. 347.

Après un aperçu sur la bibliographie des onychomycoses familiales, W. décrit sept cas de cette lésion dans la même famille. Dans deux cas on trouva en même temps une infection de la peau. Le travail dans une grande ferme et les soins donnés au bétail sont, ainsi que la prédisposition familiale, les causes de la propagation de cette maladie. OLGA ELIASCHEFF.

Examens bactérioscopique et bactériologique des squames du psoriasis, par A. POLETAJEFF. *Venerologia i Dermatologia*, mars 1928, p. 352.

L'auteur a examiné par des procédés différents les squames de 27 malades atteints de psoriasis : par le NaOH, coloration sur lames, cultures sur les milieux de Sabouraud. Il trouva des mycéliums analogues à ceux trouvés par Bogolepoff, Petges et d'autres auteurs dans les maladies cutanées proches du psoriasis. OLGA ELIASCHEFF.

Essais de bactériothérapie de la blennorragie infantile, par S. M. RJABZEWA et A. B. POLLER. *Venerologia i Dermatologia*, mars 1928, p. 368.

Les auteurs traitèrent 16 fillettes atteintes de blennorragie par le lacto-bacille (*Bact. lactici Leishmani*). Le traitement local par tampons imbibés d'une émulsion de cultures pures de bacilles donna un très bon résultat : guérison clinique dans 14 cas avec disparition de gonocoques 4 et 8 mois après le traitement (examens répétés sur lames et par cultures sur agar-ascite). OLGA ELIASCHEFF.

Sur la question des dermatomycoses expérimentales par voie sanguine, par S. FRIED et M. SEGAL. *Venerologia i Dermatologia*, mars 1928, p. 371.

Après injections intraveineuses de 3 à 5 centimètres cubes d'une émulsion de spores du *Trichophyton gypseum* et des scarifications cutanées, apparition de foyers mycosiques à la peau chez 11 sur 29 lapins. Les auteurs n'observèrent jamais de foyers mycosiques sur la peau non scarifiée fait en contradiction avec les publications de Saeves et Kogol. Ils considèrent donc le traumatisme comme facteur décisif pour la localisation à la peau de foyers mycosiques.

Les hémocultures pratiquées 24 heures après l'infection par voie sanguine donnèrent dans 3 cas sur 6 une culture pure du *Trichophyton gypseum* ; 48 heures après le résultat fut positif dans 1 cas sur 3 ; 72 heures après dans 1 sur 8. Six jours après l'infection le résultat fut complètement négatif. La plus grande partie des spores disparaît dans les premières 24 heures. Sur les lapins, réfractaires à l'injection par voie sanguine, l'inoculation à la peau après scarification fut aussi négative. OLGA ELIASCHEFF.

Chancres indurés et chancres mous d'après le matériel de la policlinique de l'Institut gouvernemental de vénéréologie des années 1922 à 1926, par L. CHATENEWER et I. GUTINA. *Venerologia i Dermatologia*, mars 1928, p. 412.

Sur 920 sujets les auteurs constatèrent (à Moscou) 520 chancres indurés et 400 chancres mous, chiffres qui correspondent à peu près aux statistiques publiées par d'autres auteurs dans les dispensaires de différentes villes du pays. OLGA ELIASCHEFF.

Vratchébnoïe Délo.

L'action de la créosote sur la peau et les affections cutanées aux usines de minéralisations des traverses de voie, par D. D. Chapiro (Kharkov). *Vratchébnoïe Délo*, n°s 8 et 9 du 30 avril et 15 mai 1928, pp. 631-634 et 717-723.

Les produits de la distillation du goudron de houille provoquent des dermatoses variées dont les symptômes cliniques sont identiques, car ces irritants ont la même nature chimique et agissent de la même manière : en enlevant la chaleur et en dissolvant les graisses des tissus. Les variations s'expliquent par le temps d'action, la température et la concentration de l'irritant. Les prédispositions individuelles jouent un grand rôle. Il y a des cas d'accoutumance aux irritants. Les irritants chimiques contiennent en outre des substances photo-sensibilisatrices qui augmentent l'action des produits nocifs. L'huile de créosote bouche les follicules pileux et les orifices glandulaires, entraînant souvent une infection. Il y a production de folliculite, de périfolliculite, de comédons avec infiltration des tissus et formation de pustules, d'abcès, laissant une atrophie, de la pigmentation, des desquamations, localisés sur tout le corps et à des stades différents. Afin d'établir le rôle de chaque composé de l'huile de créosote, l'auteur a fait des recherches expérimentales sur des lapins. On les rasait sur une partie du corps qu'on badigeonnait ensuite pendant 7-10 jours par des produits divers (naphtaline, phénol, anthracène, pyridine, quinoline, carbosol, crésol, phénantrène). Les dermatoses observées par l'auteur sont causées, selon lui, par les carbosol, phénol, crésol et phénantrène qui produisent chez les animaux les mêmes lésions histologiques que celles observées chez l'homme par l'huile de créosote. Sur 80 ouvriers, il y a 46 chargeurs, c'est dans cette catégorie que les modifications sont les plus prononcées, car ce sont eux qui sont les plus exposés à cause du contact plus prolongé avec les traverses de voies. En tout 79 o/o d'ouvriers avaient des dermatoses. Les variétés comédoniennes, pustuleuses et acnéiques, les principales observées, se rencontrent avec une fréquence variée ; souvent sur le même sujet, on trouve deux ou trois variétés à la fois, 13 o/o d'ouvriers ont des papillomes et des verrues qui présentent souvent une tendance à la dégénérescence maligne.

A titre prophylactique, l'auteur recommande une mécanisation des procédés d'imprégnation des traverses, de façon qu'elles soient maniées par des machines diverses, grues, monte-charge, etc Il faut que le contact avec l'ouvrier soit le plus court possible. A titre individuel, les ouvriers doivent porter des vêtements de peau non tannée, ce cuir est imperméable aux produits irritants. En outre, après le travail, il est indispensable de changer de vêtements, de prendre un bain quotidien et d'avoir les soins de propreté les plus rigoureux.

Bermann.

A propos du traitement du charbon par le néosalvarsan, par

G. B. Rabinovitch (Berditchev). *Vratchébnoïe Délo,* n° 9, 15 mai 1928, p. 736.

Après un aperçu critique des méthodes de traitement du charbon, l'auteur rapporte les résultats obtenus depuis 1924 dans 16 cas personnels, dont 9 graves et 7 moyens. Les malades étaient 12 hommes et 4 femmes. Dans 10 cas le charbon était localisé à la figure et dans 4 cas au cou. Onze malades ont guéri en 13-18 jours, d'autres ont un peu traîné. Pas de cas de mort. Comme topique, l'auteur employait les compresses d'acide phénique à 2 o/o et d'eau blanche. Malgré les fortes doses, il n'y eut qu'un cas où il y avait une hyperthermie avec diarrhée et nausées, de courte durée d'ailleurs. Selon l'auteur, l'action du néo n'est pas bactéricide dans le charbon, mais biologique, en relevant les forces de l'organisme et sa capacité d'immunisation. Le succès du traitement néosalvarsanique est démontré également par le grand nombre de médecins qui l'ont appliqué et qui ont publié leurs cas. La thérapeutique se répand de plus en plus dans tous les coins de la Russie. Bermann.

Vratchébnaïa Gazeta.

Le traitement des mycoses par le thallium, par N. N. Zakhariévskaïa et A. M. Pétroff (Kharkov). *Vratchébnaïa Gazeta,* n° 9. 15 mai 1928, pp. 668-683.

Les auteurs ont traité par l'acétate de thallium 126 enfants de 1 à 14 ans, dont 69 garçons et 57 filles, presque tous d'une façon ambulatoire. Les conclusions sont ainsi formulées. L'acétate de thallium est une préparation très toxique exigeant un dosage exact et individuel. La toxicité est surtout marquée chez les enfants les plus âgés qui ne doivent pas absorber plus de 8 milligrammes par kilogramme de poids. Les enfants au-dessous de 5 ans peuvent prendre 9 milligrammes d'acétate de thallium par kilogramme de poids. Les réactions secondaires au thallium n'ont aucune conséquence grave. si l'on observe les règles de dosage et s'il n'y a aucune contre-indication à son emploi. Le thallium possède une capacité épilatoire notable mais inférieure à celle des rayons X. C'est grâce à cette capacité moindre que les récidives des mycoses sont plus nombreuses. L'acétate de thallium est la seule préparation épilatoire utilisable dans le bas-âge (jusqu'à 5 ans) où l'application des rayons X est contre-indiquée. L'insuffisance et la courte durée d'observation de la thalliumthérapie ne permettent pas encore de s'en servir très largement. Le traitement ne peut se faire que sous la direction et le contrôle étroit du médecin.

Bermann.

LIVRES NOUVEAUX

Contribution à l'étude de la Frambœsia tropica (Subsidios ao estudo da frambœsia tropica. Bouba, Pian, Yaws), par Oscar da Silva Araujo. *Typ. da « Medicamenta »*, Rio de Janeiro, 1928.

Etude historique dans laquelle l'auteur discute le problème de l'identité du pian avec la maladie appelée Zaraath dans la Bible et Salafeti par les médecins arabes. Il expose la conception d'Alibert, se demande si la maladie existait au Brésil avant la découverte de l'Amérique et conclut qu'Oviedo ne l'a jamais décrite. J. Margarot.

Quelques commentaires sur la syphilis à Rio de Janeiro (Alguns commentarios sobre a syphilis no Rio de Janeiro), par O. da Silva Araujo. *Empreza grafica Editora.* Paulo, Pongeti et Cia, Rio de Janeiro, 1928.

La syphilis n'existait pas chez les indigènes du Brésil. Elle a été introduite par les colons français et portugais.

Signalée vers 1550, elle a été enregistrée avec une grande fréquence à partir de 1700.

Malgré certains cas particulièrement sévères — démontrés par les photographies qui accompagnent le texte — la maladie ne diffère que par de légères particularités cliniques de la syphilis classique. Son évolution ne justifie pas l'hypothèse d'une plus grande malignité. A part quelques caractéristiques éruptives, les accidents sont à peu près les mêmes chez les blancs et chez les noirs.

Une augmentation de fréquence des contaminations a été notée depuis 1923. Ce développement progressif semble enrayé à l'heure actuelle. Le nombre de cas observés diminue ainsi que la mortalité due à la syphilis. J. Margarot

Contribution à l'étude de la réaction sérologique de Muchow et Lévy dans la lèpre (Contribución al estudio de la Reacción serológica de Muchow y Lewy en la lepra, por Julio Miro Carbonell. *Thèse de Doctorat*, Madrid, mars 1928.

La réaction de Muchow et Lewy (floculation donnée par un extrait alcoolique de lépromes en présence d'un sérum de lépreux) est d'une technique simple et d'une facile application à la pratique clinique. J. M. C. la considère comme spécifique de la lèpre. En dehors de cette affection, elle ne s'est montrée positive que dans 2 cas sur 213.

Par contre l'auteur l'a trouvée positive dans tous les cas de lèpre au début et dans 100 o/o des cas de lèpre tubéreuse.

Moins constante dans les formes mixtes et anesthésique, elle s'y montre cependant supérieure à toutes les autres épreuves sérologiques.

J. Margarot.

Contribution à l'étude du diagnostic des adénopathies inguinales, par Pierre Lanzenberg. *Thèse Strasbourg*, 1928, 1 vol. de 127 pages. Les Editions Universitaires de Strasbourg. Strasbourg.

Quand, au cours de ces dernières années, quelques cas de peste furent observés à Paris, l'un d'eux fut trouvé dans les salles d'un service de chirurgie où le malade avait été admis comme porteur d'une lésion inguinale nécessitant une intervention opératoire ; et ce n'était assurément pas la première méprise de ce genre. C'est dire que la région inguinale constitue un carrefour pathologique où l'on est exposé à faire parfois des rencontres inattendues.

On ne peut que savoir gré à M. Lanzenberg d'avoir, sous la direction de M. Pautrier, consacré sa thèse à l'étude d'une question beaucoup moins simple qu'on ne serait tenté de le penser et assurément de grande importance pratique, non seulement pour le vénéréologue mais encore pour tout médecin.

Son travail comprend deux parties : l'une traite des affections ganglionnaires inguinales à facteur étiologique connu, l'autre de celles à facteur étiologique inconnu. A la première se réfèrent la tuberculose, la syphilis, l'adénite chancrelleuse, la peste ; l'auteur y a trouvé matière à recherches nouvelles surtout quant à l'histologie du bubon chancrelleux et de l'adénite syphilitique. Il semble bien que dans un très grand nombre de cas le diagnostic ne soit bien assis que quand on a épuisé toute la série des recherches de laboratoire.

Combien plus laborieuse encore est l'identification des affections inguinales à facteur étiologique inconnu. Une a son individualité déjà assez bien établie : c'est la maladie de Nicolas-Faure. Mais de quelles précautions ne doit pas s'entourer son diagnostic ! L'histologie a conduit l'auteur à l'éliminer dans un cas où cliniquement elle paraissait certaine. A côté d'elle il y a toute une série de faits mal classés, tout un *caput mortuum* de la pathologie inguinale où nous entrevoyons à peine quelques types : adénopathies peut-être d'origine myasique, polyadénites inguinales d'origine indéterminée, adénolymphoïdite inguinale bénigne aiguë de Chevallier. Toute cette complexité souligne l'intérêt du travail de M. Lanzenberg qui marque un jalon intéressant dans l'étude du diagnostic des adénopathies inguinales.

A. M.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RÉACTION DE FIXATION DANS LES TUBERCULOSES CUTANÉES (TECHNIQUE DE BESREDKA)

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE

par

LORTAT-JACOB, BIDAULT, LEGRAIN et URBAIN

La réaction de fixation a été expérimentée dans les différentes formes de la tuberculose humaine. L'ensemble des travaux publiés à son sujet fait ressortir qu'elle est positive dans 90 o/o des cas de tuberculose pulmonaire, alors qu'elle est négative chez 90 à 95 o/o des non tuberculeux cliniques. Dans la tuberculose de l'appareil génito-urinaire, dans la pleurésie tuberculeuse, dans les tuberculoses ganglionnaires, ostéo-articulaires et oculaires, le pourcentage des réactions positives obtenues est aussi très élevé.

Cette réaction est cependant justiciable de quelques réserves :

Sa spécificité est diminuée du fait que chez certains non tuberculeux (syphilitiques, paludéens, convalescents de diphtérie) des résultats positifs peuvent être enregistrés.

Sa valeur est parfois réduite au point de vue des indications qu'elle peut fournir sur l'évolution de l'affection, puisqu'elle peut être négative dans la tuberculose récente ou à la période terminale de la tuberculose pulmonaire.

Sous ces réserves, il n'est pas niable que cette méthode sérologique peut avoir, pour le médecin, un réel intérêt en lui apportant d'utiles indications dans les cas difficiles.

La réaction de fixation bien interprétée, si elle ne peut donner à elle seule la clef du diagnostic, fournit un renseignement complémentaire très utile qui vient s'ajouter à ceux fournis par les autres procédés d'examens. C'est ainsi qu'associée à la radiogra-

phie pulmonaire et à l'examen clinique, elle permet de déceler la tuberculose latente (Rieux).

La valeur de cette réaction est d'ailleurs démontrée par les résultats obtenus chez les animaux.

S'il est parfois difficile au médecin d'affirmer qu'un malade est réellement tuberculeux, en dehors de cas cliniques bien définis, lorsque par exemple, il trouve des bacilles dans les crachats, cette difficulté n'existe pas en médecine vétérinaire où l'on peut choisir des animaux abattus, macroscopiquement tuberculeux et vérifier si leur sérum contient des anticorps spécifiques. La réaction de fixation acquiert donc, dans ces conditions, la valeur d'une véritable expérience de laboratoire.

Or, dans les examens de tuberculose bovine, canine ou aviaire, rapportés par l'un d'entre nous (1), la réaction est positive dans 90 à 100 o/o des cas, alors qu'elle est négative chez les animaux sains dans 92 à 100 o/o des cas. En sorte que chez les carnivores domestiques qui, contrairement aux bovidés, réagissent parfois mal à la tuberculine, la technique de Bordet-Gengou peut être considérée comme un procédé de choix pour le diagnostic de la tuberculose.

En ce qui concerne les localisations cutanées de l'infection bacillaire chez l'homme, il ne semble pas que la méthode de déviation du complément ait fait l'objet d'une étude aussi complète que dans les affections viscérales. Les statistiques publiées jusqu'ici comprennent pour une part prépondérante les recherches faites chez les lupiques (104 cas d'Ichok, Goldenberg et Fried (2)). Les autres modalités de la tuberculose cutanée qui ont donné lieu à l'emploi de la méthode sont bien loin d'avoir été réunies en nombre aussi imposant. L. Bethoux (3) a examiné 24 lupiques sur 36 malades ; parmi les 12 autres, on ne compte que 2 tuberculoses verruqueuses, 2 lupus érythémateux, 1 érythème induré de Bazin, 1 érythème pernio et 1 érythème noueux. V. Badoux a étudié 11 cas seulement de tuberculoses cuta-

(1) Ach. Urbain, La réaction de fixation appliquée au diagnostic des tuberculoses animales. *Arch. Méd. et Pharm. Mil.*, t. LXXXVII, octobre 1927, p. 543.

(2) Réaction de fixation dans le lupus. *C. R. Soc. Biol.*, t. LXXXIII, 6 nov. 1920, p. 1363.

(3) Anticorps tuberculeux et cuti-réaction à la tuberculine au cours des tuberculoses cutanées. *C. R. Soc. Biol.*, t. XCI, 1924, n° 24, p. 329.

nées (1) différentes. Watanabe (2) a expérimenté exclusivement sur le sérum des lupiques.

Il nous a paru que l'utilisation de la réaction de fixation dans la tuberculose de la peau n'avait pas dit son dernier mot et que de nouvelles investigations destinées au moins à donner plus d'ampleur aux statistiques encore insuffisantes devaient être reprises. Aussi bien la question peut avoir non seulement un intérêt de pratique pure, mais si l'on arrivait à démontrer que la réaction de fixation dans les affections cutanées reconnues incontestablement comme tuberculeuses, possède une valeur diagnostique aussi probante que dans la tuberculose pulmonaire avérée, on serait autorisé à utiliser cette méthode pour rechercher si elle peut fournir un nouvel élément de classification des tuberculides. On sait en effet combien reste difficile le problème d'une classification satisfaisante de ce groupe mal délimité de dermopathies. Leur symptomatologie clinique manque parfois de précision et trop souvent les examens anatomo-pathologiques ainsi que les recherches bactériologiques et expérimentales n'apportent à un projet de délimitation nosographique qu'un secours précaire. Le problème serait plus aisé si l'hypothèse d'un virus filtrant, agent des tuberculides, se vérifiait.

La cutiréaction, l'intradermoréaction à la tuberculine ne sauraient remplacer, chez l'adulte tout au moins, la réaction de fixation. Comme l'a fait remarquer J. Rieux (3) les premières révèlent une réaction cellulaire d'imprégnation tuberculinique ; la seconde décèle une réaction humorale d'infection ; aussi, pour mettre en évidence l'activité du virus tuberculeux infectant, convient-il de s'adresser plutôt à cette dernière. Sans doute la tuberculine quel que soit son mode d'application, ne nous indique que la présence d'un foyer tuberculeux, sans préciser sa situation ; il semble cependant qu'en éliminant avec soin à l'aide des procédés courants de la clinique, y compris bien entendu l'examen du thorax aux rayons X, on parvienne à rattacher avec une grande probabilité les indications positives de la réaction de

(1) Thèse Fac. Sc. Lausanne, 1925.

(2) Watanabe (Nobukichi), Untersuchungen uber Komplementablenkung bei Tuberkulose mit dem Besredka-und Wassermannantigen. *Zeit. f. Tuberk.* Bd. XLII, 1925, p. 45.

(3) Valeur comparée de la tuberculine-réaction et de la réaction de fixation dans le diagnostic de la tuberculose latente. *Progrès Médical*, 9 juillet 1927, p. 1067.

Bordet-Gengou à la seule activité d'une localisation cutanée. Evidemment il faut faire ici la part de l'inconnu, et il est possible qu'une tuberculose d'inoculation, restée exclusivement externe, ne s'accompagne pas d'une réaction humorale. C'est un point à éclaircir.

Quoi qu'il en soit les recherches faites sur la mise en évidence des anticorps tuberculeux comportent en dermatologie un très court chapitre historique. On ne peut guère en effet recenser les résultats obtenus qu'à partir du moment où fut établie une technique rigoureuse, ainsi que la valeur des antigènes à utiliser, c'est-à-dire depuis les travaux de Calmette et ses collaborateurs et de ceux de Besredka.

Bethoux (1) suivant la technique de Calmette et Massol, et utilisant l'antigène méthylique de Boquet et Nègre, a expérimenté sur le sang de 36 malades cliniquement indemnes de tuberculose pulmonaire et reconnus exempts de syphilis, grâce à un Wassermann négatif.

Voici les résultats qu'il a recueillis :

Lupiques (non traités). . . .	6 cas	4 résultats positifs
Lupiques (traités par des moyens externes)	15 —	3 —
Lupiques (compliqués d'autres localisations ext.)	3 —	2 —
Ulcérations gommeuses . . .	5 —	5 —
Lupus érythémateux	2 —	0 —
Erythème induré de Bazin . .	1 —	1 —
— pernio	1 —	1 —
— noueux	1 —	1 —

Bethoux conclut que dans les tuberculoses cutanées le taux des anticorps est vraiment peu élevé — en moyenne de 3 à 7 unités — et que même parfois dans les lupus on n'en trouve pas.

Le traitement local en éteignant l'activité du foyer tuberculeux paraît supprimer la formation des anticorps. Bethoux constate aussi qu'il n'y a pas parallélisme entre les renseignements fournis par la cuti-réaction à la tuberculine et la teneur en anticorps tuberculeux du sérum.

V. Badoux (2) s'est adressé à l'antigène de Besredka et à l'antigène de Wassermann (bacilles dégraissés à la naphtaline anhy-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

dre ou tétraline, puis additionnés de lécithine). Il trouve que si vis-à-vis des tuberculoses viscérales et chirurgicales, ces deux antigènes se valent et donnent de bons résultats, il n'en est pas de même quand il s'agit de tuberculoses cutanées. La réaction de fixation pratiquée avec l'un ou l'autre de ces antigènes, influencée par l'existence de la syphilis, apporte au diagnostic une contribution réellement insuffisante.

Les examens effectués sur 11 cas de tuberculose cutanée ne lui auraient donné que 3 réactions positives avec l'antigène Besredka et 2 avec celui de Wassermann.

Margarot et Deveze (1), appliquant la méthode de fixation du complément à l'étude de diverses maladies de peau, concluent que la réaction paraît être positive au début des affections bacillaires et chez des malades en état d'allergie.

Très récemment Grzybowski (2) a signalé que dans les tuberculoses cutanées le liquide séreux tiré des phlyctènes produites par la neige carbonique au niveau des lésions donnait toujours une réaction positive alors qu'avec l'antigène de Besredka on n'obtiendrait que 56 o/o de réponses positives.

Protocole des recherches. — Au cours de nos recherches nous avons utilisé uniquement la technique et l'antigène de Besredka.

Le procédé de Besredka consiste, comme celui de Calmette et Massol, dans l'emploi de doses fixes d'antigène et de sérum à examiner et de doses croissantes d'alexine. Il en diffère par l'absence de titrage initial du complément et par une technique spéciale de préparation du système hémolytique (3).

L'antigène de Besredka est une émulsion en eau physiologique de bacilles tuberculeux provenant d'une culture de quatre jours dans le milieu à l'œuf; cette émulsion, convenablement titrée est d'une constance et d'une conservation parfaites.

Nous avons adopté la notation suivante pour les réactions :

O = réaction négative.
\+ = réaction faiblement positive (2 tubes non hémolysés).
++ = réaction positive (3 ou 4 tubes non hémolysés).
+++ = réaction très positive (plus de 4 tubes non hémolysés).

(1) *Soc. des Sc. méd. de Montpellier*, 10 mars 1922.

(2) *Pœska Gazeta Lekaiska*, t. V, nº 37, 12 septembre 1927. *Annal. Presse Médicale*, 12 février 1927, p. 21.

(3) Pour les détails sur la réaction de fixation consulter la monographie de l'un d'entre nous : Ach. Urbain, *La réaction de fixation dans la tuberculose.* Paris, 1925, Masson et Cie, éditeurs.

Tous les malades qui ont fourni le sang destiné à la réaction de fixation ont fait l'objet d'un examen attentif au point de vue pulmonaire, examen clinique complété par une épreuve radioscopique. Il va sans dire que chez chacun d'eux un Wassermann et un Heecht ont permis d'éliminer l'existence d'une syphilis qui aurait pu fausser les résultats de l'épreuve.

Les hasards de la clinique ne nous ont pas permis de rassembler des cas assez nombreux pour former un tableau complet des diverses tuberculoses cutanées ou paratuberculoses ; nous rangerons ceux qu'il nous a été possible de relever sous les chefs suivants :

1° Tuberculoses cutanées typiques ;
2° Tuberculides ;
3° Tuberculides douteuses.

*
* *

Premier groupe

TUBERCULOSES CUTANÉES TYPIQUES

Lupus vulgaire.

Sur 13 lupus de la face en activité, de gravité variable, dont les lésions étaient d'une ancienneté allant de 2 à 8 ans, on a obtenu les résultats suivants :

Réaction très positive (+++).	1
(Luc. Frc.. lupus disséminé, datant de 2 ans).	
Réaction positive (++)	5
Réaction légèrement positive (+).	3
Réaction négative (—)	4

Parmi ces 4 cas négatifs, on compte un lupus du nez infecté qui s'est rapidement amélioré à la suite de pansements locaux antiseptiques et 3 lupus de la joue ou du nez et de la joue dont 2 assez récents (2 à 3 ans). Il ne paraît pas que l'état des lésions ni que l'efficacité du traitement suivi aient été pour quelque chose dans les résultats de l'épreuve de Besredka.

Il est remarquable de constater que chez près du tiers des lupus on n'a pu déceler des anticorps dans le sérum ; est-ce dû à la pauvreté des lésions en matière virulente ?

Gommes tuberculeuses ulcérées.

Ce groupe n'offre pas l'homogénéité du groupe précédent. On y a fait rentrer les plaies ulcéreuses suites de gommes qui présentaient les caractères considérés comme cliniquement tuberculeux, mais sans preuve de laboratoire et il peut se faire que dans un cas, il y ait eu erreur de diagnostic.

Les 7 sérums examinés ont fourni les résultats suivants :

Positifs (++)	3
Faiblement positifs (+)	2
Négatifs (—)	2

Des trois cas positifs, il faut retenir celui de Mlle Bos..., qui présentait une gomme ulcérée de la jambe, guérie par l'antigène de Nègre et Boquet et qui, un mois après la cessation des injections est devenu nettement négatif.

Parmi les 2 cas négatifs, peut-être faudrait-il retrancher celui d'une malade (Mme Nac...) dont la lésion ulcéreuse de la jambe n'était vraisemblablement qu'un ecthyma atypique comme la cicatrisation facile de la plaie semble l'avoir démontré ultérieurement.

Il faut noter que dans aucun cas, on n'a trouvé de réaction très positive.

Tuberculose verruqueuse.

Un cas étiqueté d'abord tuberculose d'inoculation, siégeant au doigt, sur la foi d'un examen histologique un peu hésitant a été à deux reprises négatif.

Aucune inoculation expérimentale n'a été faite et la preuve de l'origine de la lésion n'ayant pas été donnée, aucune déduction ne s'impose à la suite de cette seule observation.

*
* *

Deuxième groupe

TUBERCULIDES

Tuberculose papulo-nécrotique.

6 cas (5 femmes, 1 homme), pour lesquels aucune hésitation clinique n'était possible, ont été l'objet d'une épreuve de réaction

de fixation. Les lésions siégeaient exclusivement aux mains (Mlle Reu...), aux mains et aux avant-bras (Mlle Leb...), aux bras, aux régions supérieures du thorax, aux jambes (Mme Mat..), aux deux jambes (M. X..., Mlle Cot...), aux mains, à l'avant-bras droit et aux pieds (Mme Flie...).

Chez tous ces malades la réaction a été positive, très positive (+++) chez les 4 premiers (Mlles Reu..., Leb..., Mat...., M. X...), positive (++) chez Nlle Cot..., faiblement positive (+) chez la dernière (Mme Flie...). Cette malade, à côté des papules typiques disséminées sur les doigts, montraient des papulo-vésicules superficielles rappelant l'acné cachecticorum et dont le pus assez abondant, dépourvu des microbes habituels, staphylocoques et streptocoques, inoculé au cobaye n'a donné lieu à aucune lésion tuberculeuse.

L'origine hématogène de la tuberculose papulo-nécrotique (Lewandowski) fournit sans doute la raison d'un pourcentage aussi élevé de résultats positifs.

Tuberculose papulo-nécrotique compliquée de lupus érythtémateux.

Che une jeune fille (Mlle N...) qui présentait aux jambes quelques éléments papuleux avec nécrose et en outre un lupus érythémateux du visage et des mains, nous avons obtenu une réaction très fortement positive (6 unités), la plus intense de toutes celles recueillies au cours de nos recherches.

Erythème induré de Bazin.

11 cas (femmes) ont été réunis, mais pour l'un d'eux (Mad. Kul...), le diagnostic est resté un peu douteux : la malade présentait uniquement sur la face externe des jambes une induration cutanée circonscrite de teinte violacée, sans nodosités ni dépression centrale atrophique. Ces symptômes remontaient à une dizaine d'années, il a été impossible de les rattacher par élimination à d'autre cause que la tuberculose, notamment à des troubles d'origine endocrinienne.

Le sérum de tous ces sujets a fourni une réaction de fixation positive. Dans 3 cas celle-ci a été très positive (+++). Il faut dire que l'une des malades (Mlle Beu...) présentait à l'écran

radioscopique des ganglions crétacés du hile pulmonaire droit, et qu'une autre (Mlle Por...) avait eu autrefois une pleurésie; 3 malades (dont l'une montrait une forme de passage vers des sarcoïdes du type Darier-Roussy) ont fourni une réaction simplement positive (++) et 5 une réaction légèrement positive (+).

Parmi ces 5 cas légèrement positifs deux d'entre eux méritent une observation : chez Mme Kul..., dont il a été parlé plus haut, après un traitement prolongé à l'antigène méthylique, la réaction est devenue franchement négative bien qu'on n'ait pas constaté de changement apparent des plaques d'induration cyanotique; pour Mlle Sub... chez qui le diagnostic était hésitant entre des sarcoïdes ou un érythème de Bazin, le microscope a permis de rattacher les lésions à cette dernière affection.

Comme pour les tuberculoses papulo-nécrotiques, les lésions vasculaires habituellement rencontrées dans l'érythème induré de Bazin accusent une bacillémie plus ou moins transitoire, dont le point de départ paraît être assez souvent ganglionnaire. Dans quelle mesure des lésions de ganglions, plus ou moins éteintes donnent-elles naissance à des anticorps ? On n'est pas bien fixé à l'heure actuelle sur ce fait. En tout cas il est remarquable de constater que tous les sérums de cette catégorie ont fourni un résultat positif, mais la teneur en anticorps paraît ici moins élevée que dans la tuberculose papulo-nécrotique.

Lupus érythémateux.

Nous avons soumis à la réaction de fixation le sang de six malades et nous avons observé deux résultats très positifs (+++) (Mme Rou..., lésions du visage et des mains; Mme Gou.., lésions du nez et érythème induré de Bazin des jambes); un résultat positif (++) (Mme Geo..., lésions du nez, des joues et des mains); deux résultats légèrement positifs (+) (Mme Cam..., lésions du visage, Mme Thi..., lésions du visage et du cuir chevelu); un résultat négatif (—) (Mme Leu..., lupus érythémateux du cuir chevelu).

Cette statistique est à rapprocher de celle qui est relatée par Jöergen Schaumann et K. Heden dans leur étude sur le lupus érythémateux (1).

(1) Joergen SCHAUMANN et K. HEDEN. *Soc. Dermat.*, 9 juin 1927 et 7 juillet 1927.

Lupus pernio.

Deux lupus pernio caractérisés non seulement par une tuméfaction érythémateuse, mais encore par la présence d'éléments lupoïdes, ont donné l'un une réaction faiblement positive (+) et l'autre très positive (+++), dans ce dernier cas, plus ancien, coexistaient des lésions osseuses des doigts et des pseudo-sarcoïdes de la jambe.

Un autre lupus pernio du nez, associé à des léslons èrythémases des doigts, s'eet traduit par une réaction positive (++).

*
* *

Troisième groupe

TUBERCULIDES DOUTEUSES

Sous cette rubrique nous envisageons :

1° le granulome annulaire ;
2° le pityriasis rubra pilaire ;
3° l'érythème noueux ;
4° l'angio-kératome de Mibelli ;
5° l'érythro-cyanose symétrique sus-malléolaire.

Voici le relevé de quelques cas pour lesquels on a eu recours à la réaction de Besredka :

Granulome annulaire.

Les trois cas de granulome observés se rapportaient à des lésions typiques du poignet (Lecl...), des mains et des doigts (Del...), du coude gauche et des pieds (Mlle Fou...).

A part un cas où la réaction a été douteuse (1 tube seul non hémolysé), chez le deuxième malade, ancien pleurétique, les deux autres cas ont fourni un résultat négatif. A signaler que pour l'un (Mlle Fou...) il y a eu accord avec l'indication résultant d'une intradermoréaction à la tuberculine.

On sait que Jöergen Schaumann apparente le granulome annulaire pour des raisons de clinique, de structure anatomo-pathologique et de propriétés allergiques aux tuberculides papulo-nécrotiques. Cet auteur, dans trois cas de granulome

annulaire où il a pratiqué l'intradermo à la tuberculine, a eu trois résultats positifs, mais nous savons qu'il n'y a pas lieu de déduire les mêmes conséquences de deux réactions biologiques différentes.

Pityriasis rubra pilaire.

Un cas avec résultat négatif (—).

Erythème noueux.

Quatre cas éprouvés, ont tous donné des réactions positives . deux nettement positives (++) un faiblement positive (+).

Angio-kératome de Mibelli.

Un cas avec résultat faiblement positif (+).

Erythro-cyanose symétrique sus-malléolaire.

Les œdèmes cyanotiques des extrémités, avec ou sans épaississement de la peau, observés presque exclusivement chez les jeunes filles, traduisent, comme on le sait, des affections diverses qui, pour une certaine proportion, se rattachent à une déficience des glandes endocrines dont la cause nous échappe. Cependant pour une part aussi les œdèmes cyanotiques constituent les premiers troubles d'une maladie cutanée qui va évoluer vers l'œdème induré de Bazin, maladie indubitablement tuberculeuse. On conçoit que les formes marquées par un œdème bleuâtre, infiltrant un tégument déjà épaissi, mais non encore parsemé de nodules, sont très voisines de la maladie de Bazin, aussi conviendrait-il de les compter avec celle-ci, mais c'est chose difficile, puisqu'on ne sait pas à quel moment il faut les distraire du groupe des érythocyanoses simples.

Dans cette catégorie apparemment assez homogène au point de vue clinique, mais en réalité spécifiquement disparate, nous avons examiné 10 cas qui ont donné :

Résultat très positif (+++). .	1
— positif (++)	2
— légèrement positif (+).	2
— négatif (—)	5

Les cas positifs représentaient vraisemblablement des formes de passage vers l'érythème induré de Bazin. A signaler qu'un cas, d'abord légèrement positif, traité par l'antigène de Nègre et Boquet a évolué vers une positivité plus marquée (l'épreuve a été faite 6 semaines après la dernière injection) et que la réaction répétée chez plusieurs malades s'est toujours montrée négative.

*
* *

Conclusions

Quelle que soit la signification que l'on doive attribuer aux anticorps, touchant l'évolution des tuberculoses cutanées, leur présence si fréquente dans le sérum des malades, traduit comme l'a indiqué Pirquet l'état d'allergie de l'organisme. Cette allergie se manifesterait par des réactions dont la diversité semble correspondre, selon Jörgen Schaumann, aux aspects cliniques de la tuberculose de la peau.

Au point de vue qui nous occupe, une difficulté d'interprétation demande à être éclaircie : on sait que pour créer cet état d'allergie, il est nécessaire que l'organisme soit déjà à demi-immunisé par une infection antérieure, dans quelle mesure celle-ci intervient-elle dans la production des anticorps révélés par la réaction de Besredka ? Théoriquement on conçoit que la valeur de cette épreuve biologique devrait diminuer dans la mesure où s'amoindrirait la part contributive des lésions dermo-épidermiques.

La réponse à cette question n'est pas facile à donner. Il semble cependant, d'après quelques constatations de Bethoux et plusieurs des nôtres, que la disparition des anticorps coïncidant avec la guérison des lésions tégumentaires, on soit autorisé à attribuer dans bien des cas une origine purement cutanée à la formation des anticorps trouvés dans le sérum.

Quoi qu'il en soit, et pour rester dans le domaine de la pratique, nous résumerons ainsi les conclusions qui sont à tirer des résultats de ces recherches :

1° La réaction de Besredka prouve que lorsque l'activité du bacille tuberculeux se cantonne dans la peau, il est possible de mettre en évidence des anticorps au sein du sérum ; ceux-ci sont toujours en nombre peu élevé.

2° En matière de tuberculoses cutanées et de tuberculides, la déviation du complément appliquée suivant la technique de Besredka, apporte dans son ensemble les mêmes précisions que dans les tuberculoses viscérales évolutives.

3° Il y a une certaine opposition entre les résultats obtenus dans les tuberculoses cutanées typiques et les tuberculides. Alors que dans ces dernières, le pourcentage atteint 90 o/o au moins, il diminue dans les tuberculoses cutanées et parmi celles-ci, il est plus élevé dans les formes à tendance nécrotique. Il semble que la réaction violente d'un organisme déjà sensibilisé, qui s'accompagne de gangrène locale se traduit dans le sérum par une production constante et relativement plus abondante d'anticorps.

4° En ce qui concerne le *lupus pernio* et le *lupus érythémateux*, la réaction apporte un argument aux partisans de l'origine fréquemment tuberculeuse de la maladie.

5° Pour les autres affections à affinité tuberculeuse problématique, il serait prématuré de conclure d'une façon certaine au sujet de l'*érythème noueux*, du *pityriasis rubra pilaire*, de l'*angio-kératome de Mibelli*, du *granulome annulaire*, cependant dans cette dernière affection, il paraît bien probable que la réaction doive être le plus souvent négative.

Enfin, la réaction de Besredka indique que nombre (peut-être la moitié) d'*érythro-cyanose symétrique des jeunes filles* évolue nettement vers la tuberculose à forme d'érythème induré de Bazin.

*
* *

Action thérapeutique de l'antigène méthylique.

Nous avons eu l'occasion de traiter par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre de nombreux malades atteints de tuberculose cutanée ou de tuberculides, comme l'un de nous l'avait déjà fait dès 1924 avec Béthoux.

Nous nous sommes servis pour ce traitement de l'antigène dilué et de l'antigène pur. Commençant par l'injection de 1/4 de cm^3 de l'antigène dilué, nous augmentons progressivement les doses par 1/4 de cm^3 jusqu'à 2 cm^3 ; cette dose atteinte, nous injectons l'antigène pur aux mêmes doses progressives de 1/4 de cm^3 à 1 cm^3 1/2 répétées plusieurs fois. Les injections étaient

faites deux fois par semaine dans les muscles de l'épaule au niveau de la région deltoïdienne.

Plusieurs points nous paraissent acquis en ce qui concerne l'action thérapeutique de l'antigène méthylique et sans entrer dans le détail de nos observations nous les résumerons succintement.

Aux doses précédentes prudemment progressives, *l'antigène méthylique est parfaitement toléré.* Les réactions générales sont exceptionnelles, nous n'avons jamais observé chez nos malades que des mouvements fébriles légers et ceci dans un nombre très restreint de cas. Cette tolérance est particulièrement à signaler car nous avons utilisé ce traitement chez des malades atteints de tuberculides et qui ne supportaient pas l'usage de la tuberculine. Une de nos malades atteinte d'érythème induré de Bazin avec ulcération avait présenté à la suite d'un traitement par la tuberculine C. L. des poussées fébriles et une généralisation de ses lésions sous forme de petits nodules dermiques au niveau de la région thoracique. Mise plusieurs mois après au traitement par l'antigène méthylique, celui-ci a été parfaitement toléré et a amené une régression manifeste des lésions de la jambe.

Cette possibilité de traiter par l'antigène des malades non justiciables de la tuberculine est un fait particulièrement intéressant ; il permet d'étendre le traitement par les antigènes non seulement aux malades atteints de tuberculides lorsqu'ils ne supportent pas le traitement tuberculinique, mais surtout aux malades atteints de tuberculoses cutanées (lupus, gommes ulcérées, etc...) chez lesquels la tuberculine provoque habituellement des réactions locales ou générales dangereuses.

En effet, un autre point à signaler est l'*absence constante* à la suite des injections d'antigène de *réaction focale* même dans les tuberculoses cutanées typiques ; ce fait paraît dû à la méthode prudemment progressive utilisée car chez une malade du Dr Fernet, atteinte d'érythème induré et mise d'emblée au traitement par l'antigène pur (1/4 de cm^3) la réaction focale fut très marquée, l'amélioration apparut dès la 2e injection (1/4 de cm^3) et la guérison obtenue au bout de la 5e injection, après des doses de 3/4 de cm^3 et de 1 cm^3 pur.

Par contre, nous avons souvent observé au niveau de l'injection une réaction locale, rarement signalée ; ceci peut être dû au siège de nos injections : la région deltoïdienne alors que la région habituellement utilisée est l'espace inter-scapulo-vertébral.

Dans la série de nos malades traités par l'antigène méthylique nous avons relevé des *cas particulièrement favorables chez les malades porteurs de gommes ulcérées des jambes* dont on connaît l'habituelle résistance thérapeutique. Nous rapporterons l'observation succinte d'un de nos cas les plus typiques :

Mlle M. B..., 19 ans. Deux ulcérations de la jambe gauche datant de 1 an, de la dimension d'une pièce de 2 francs et d'une pièce de 5 francs à bords violacés, décollés, à fond sanieux. Examen pulmonaire clinique et radioscopique négatif. Bon état général. Réaction de Wassermann négative, de Besredka positive. Du 8 janvier 1927 au 17 janvier 4 injections d'antigène dilué à dos s progressives, les plaies se détergent et prennent un aspect plus propre. Du 22 janvier au 2 avril la malade reçoit 15 nouvelles injections, les plaies se cicatrisent progressivement et la cicatrisation est complète le 29 mars. Depuis cette époque la malade a été revue à plusieurs reprises et la cicatrisation se maintient.

Nous avons eu des résultats aussi heureux dans le traitement des *tuberculides papulo-nécrotiques* mais l'évolution aiguë de ces affections rend les résultats thérapeutiques moins intéressants.

Les malades atteints d'*érythème induré de Bazin* ont été presque constamment améliorés sans que nous puissions parler de guérison véritable.

Par contre le *lupus érythémateux* nous a toujours paru rebelle à cette médication alors que des tuberculides concomitantes chez le même sujet ont été rapidement guéries comme le témoigne l'observation suivante :

Mme G..., 40 ans. Lupus érythémateux typique du nez ; au niveau de la face externe et postérieure de la jambe gauche placard rouge, infiltré de 7 à 8 cm. de long sur 2 à 3 de large. Réaction de Wassermann négative, de Besredka positive. Les lésions de la jambe datent de 3 à 4 mois, celles du nez d'un an environ. Après 5 injections d'antigène, amélioration considérable des lésions de la jambe, état stationnaire des lésions du nez. On poursuit le traitement à doses progressives ; après un total de 10 injections, guérison complète des lésions de la jambe ; après 15 injections le lupus érythémateux persiste sans aucune modification.

Après plusieurs mois la guérison s'était maintenue au niveau de la jambe, mais les lésions du nez étaient toujours semblables.

Dans le *lupus tuberculeux* nous avons relevé une action intéressante de l'antigène méthylique sur la cicatrisation et l'assè-

chement des lésions ulcéreuses ainsi qu'une parfaite tolérance de cette médication, comme l'un de nous l'a signalé avec Béthoux. Par contre dans le *lupus vulgaire non exedens,* son action est moins évidente. Dans tous les cas ce produit paraît agir remarquablement sur l'état général des lupiques et peut constituer un précieux adjuvant au traitement externe de ces dermatoses.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FORMES ANORMALES DE LICHÉNIFICATION (1)

Par les

Prof. Enzo BIZZOZERO

et

Dr Franco NARDUCCI
Assistant à la Clinique Dermatosyphiligraphique de la R. Université de Pérouse.

Clinique de Dermato-Syphiligraphie de la R. Université de Turin.
Directeur Professeur Enzo Bizzozero.

Dans un travail publié par l'un de nous en 1924, on constatait que si la conception de Brocq et de Pautrier sur les lichénifications anormales, d'une très grande importance au point de vue théorique et pratique, avait suscité un vif intérêt parmi les auteurs français, il n'en avait pas été de même dans les milieux dermatologiques étrangers, malgré l'importance de cette nouvelle conception. Ici cependant, quelques auteurs se montrèrent favorables. Dès lors les idées des deux maîtres ont progressé et la série des publications parues jusqu'à ce jour sur ce sujet, en est le plus clair témoignage.

Des cas compris sous le nom de lichénification circonscrite nodulaire chronique furent décrits dans ces quatre dernières années par Payenneville et Castagnol, par Pick, Jeanselme et Burnier, Noguer Moré; sous le nom de lichénification géante par Jeanselme et Burnier, Pautrier (4 cas), par Payenneville et Castagnol, Dreyer, Brünauer, Ajello, Kreibich, et Stillians en décrivit au cuir chevelu.

La thèse soutenue par Pautrier, que parmi les lichénifications atypiques il faut compter aussi le lichen hypertrophique, n'a

(1) Ce travail constitue une partie des résultats de recherches qui ont été communiquées au Congrès de Rome.

pas rencontré une semblable adhésion. Selon Pautrier, Payenneville, Burnier, Rejsek, le lichen corné ne représente pas une variété de *lichen planus*, mais une forme de lichénification anormale qui peut se superposer au *lichen planus* ou bien en rester complètement indépendante, ainsi que le démontrent les cas où les lésions de lichen corné ne sont pas accompagnées de celles du *lichen planus*; comme le démontre encore le développement parfois constaté du *lichen corneus hypertrophicus* sur des foyers eczémateux, et le résultat de l'examen histologique qui ne concorde pas avec celui du *lichen planus* mais plutôt avec celui des lichénifications, et comme le démontre enfin le contraste entre l'efficacité de la radiothérapie de la moelle sur le *lichen planus* et son résultat nul sur le *lichen corneus hypertrophicus*.

Cette interprétation a été acceptée aussi par Dreyer à l'occasion de la présentation à la Société Dermatologique de Cologne d'un cas diagnostiqué par lui neurodermite verruqueuse (par Habermann au contraire *lichen verrucosus*) et encore par Kreibich qui établit le diagnostic de neurodermite verruqueuse chez un malade sur lequel des éléments différents correspondaient en partie au *lichen obtusus*, et en partie au *lichen simplex*.

Selon d'autres au contraire (Thibierge, Nicolas, Gaté, Massia, Malherbe, Jeanselme, Burnier) le *lichen corneus hypertrophicus* est une variété de *lichen planus* parce que l'on peut surprendre sur le même malade toutes les formes de passage entre les papules typiques du *lichen planus* et les productions verruqueuses du *lichen corneus hypertrophicus*, tant au point de vue clinique qu'histologique. De même ils ne croient pas devoir donner une grande importance au résultat thérapeutique car des lésions hyperkératosiques peuvent aussi bien que le lichen buccal opposer au traitement une résistance supérieure à celle des papules ordinaires du *lichen planus*. Darier ayant constaté la coïncidence du lichen corné verruqueux avec le lichen plan typique d'une part, et de l'autre son développement sur des foyers eczémateux suintants ou croûteux, croit que des dermatoses de différentes natures peuvent aboutir au syndrome lichen corné hypertrophique.

Récemment Ferrari s'est rallié à cette conception, en s'appuyant surtout sur les résultats histologiques.

En dehors de la question non encore définie du *lichen corneus hypertrophicus* on peut désormais affirmer que la constitution

du groupe des lichénifications anormales a rendu un grand service à la dermatologie car elle a permis de réunir dans une seule famille des dermatoses apparemment bien différentes, mais qui ont, comme caractère commun, l'apparition de lésions cutanées à la suite d'un grattage prolongé, provoqué par un prurit violent et intermittent.

Les deux cas qui forment l'objet de ce travail présentent plusieurs caractères intéressants et que je crois utile de publier.

H. S..., âgé de 33 ans, ne présente aucun antécédent pathologique connu. Il a toujours été d'intelligence bornée; il fréquenta l'école,



Fig. 1.

mais il n'apprit ni à lire ni à écrire. Depuis deux ans il souffre de la manie de la persécution, et il a dû être interné à l'asile d'aliénés.

La maladie actuelle remonte à une année environ ; elle commença par des furoncles et un prurit violent étendu à presque toute la surface du corps, mais particulièrement intense au dos des mains. Le malade affirme que dans cette région la démangeaison n'était pas accompagnée de la moindre altération de la peau, et survenait presque exclusivement vers le soir, à une heure déterminée, sous forme d'accès violents qui l'obligeaient à un grattage énergique. Seulement après un temps qu'il est impossible de préciser il survint un épaississement du dos des mains qui s'accentua progressivement pour atteindre l'état actuel.

Etat actuel. — Aspect d'une personne déséquilibrée, regard fixe, figure défiante, esprit obtus. Constitution générale bonne, squelette régulier, musculature et pannicule adipeux peu développés.

Les fonctions gastro-intestinales sont bonnes, seulement de temps en temps constipation. Sur tout le corps sauf au visage, on remarque de nombreuses excoriations pointillées, linéaires, dont plusieurs sont recouvertes de croûtes hématiques. Sur le dos de chaque main et sur la moitié radiale (fig. 1) on observe une plaque de la grosseur approximative d'un écu, à contours presque ronds, d'une couleur plombée. A la périphérie la plaque présente en certains points quelques sillons plus ou moins profonds, assez éloignés les uns des autres, parallèles, entrecroisés à angle droit, ou obtus par des sillons analogues, et délimitant des zones qui donnent à la portion périphérique un aspect irrégulièrement mamelonné. En se déplaçant vers la zone centrale de la plaque on note qu'elle s'élève graduellement au-dessus des parties environnantes et que les sillons décrits disparaissent de telle sorte que la surface centrale paraît lisse, luisante, un peu desquamante, et surtout à droite parcourue dans toute sa longueur par quatre sillons très larges, profonds, dirigés selon l'axe de l'avant-bras à bords plus ou moins irréguliers, tortueux, recouverts par l'épiderme intact même dans la portion plus profonde ; sur toute la surface de la plaque les poils sont brisés à la base. A la palpation on perçoit un épaississement considérable de la plaque, avec perte d'élasticité.

Aucune altération des organes internes, à signaler.

Pression maxima 105, minima 85.

Réflexe oculo-cardiaque + 2.

Globules blancs 12.300 ; neutrophiles polynucléaires 50 ; éosinophiles 12 ; basophiles 1 ; lymphocytes 32 ; grands mononucléaires et forme de passage 5.

On fit un examen histologique ; malheureusement la biopsie fut trop superficielle, comprenant seulement l'épiderme, la couche papillaire, et la partie la plus superficielle du subpapillaire. On y note une hyperkératose très marquée, de l'hyperplasie de la couche granuleuse, de l'acanthose fort prononcée, de l'infiltration parvicellulaire modérée autour des vaisseaux sanguins des papilles, et un peu plus abondant dans les vaisseaux placés immédiatement au-dessous.

La lésion présente une certaine difficulté de diagnostic. On pourrait songer à un eczéma chronique, ce qui n'est pas admissible vu le manque absolu de toute trace d'exsudation, de croûtes, de rhagades (actuellement et avant tout examen ainsi que l'assure le malade) et la priorité de la démangeaison sur la lésion cutanée.

En dehors de l'eczéma, on pourrait penser à la lichénification primitive, pour les raisons suivantes : prurit précédant la lésion cutanée, violence du prurit et son apparition par accès le soir, à

heure fixe ; infiltration profonde, sécheresse persistante de la lésion, symétrie de ces lésions, état névropathique du patient. Mais il faut reconnaître que le tableau clinique offert par notre malade est bien différent de celui très particulier de la neurodermite. En effet, il manque l'aspect finement chagriné, et les papules aplaties, petites, mal délimitées, très nettement visibles en faisant varier l'incidence de la lumière. De même, manquent complètement les papules caractéristiques de 1 à 3 millimètres de diamètre, aplaties, brillantes, d'aspect lichénoïde, séparées par des sillons disposés en deux séries parallèles qui s'entrecroisent en formant un quadrillage caractéristique, tel qu'on l'observe dans la période plus avancée de l'évolution, et que l'on ne peut identifier avec ces surfaces d'une étendue plus vaste, de grandeur différente, non brillantes, séparées par des sillons beaucoup plus profonds et disposés tels qu'ils se révèlent dans notre cas. Mais l'élévation de la plaque sur la peau environnante, le manque du quadrillage caractéristique, la présence à sa place de rares sillons profonds qui la parcourent dans toute sa longueur, à peu près parallèlement, nous rendent encore plus indécis à ranger cette forme parmi les lichénifications ordinaires dont elle ne reproduit pas les caractères morphologiques. Cependant, il ne faut pas la tenir écartée du chapitre des lichénifications considéré dans un sens plus vaste ; elle trouve, au contraire, sa place parmi les lichénifications atypiques, et à notre avis elle doit être considérée comme une lichénification géante.

Les caractères les plus importants de la lichénification géante sont : la forme de plaques irrégulièrement arrondies et ovalaires, plus ou moins surélevées, à contours tantôt bien, tantôt mal délimités, de couleur rouge, plus ou moins foncé, à surface sèche, desquamante, souvent parcourue par des plis profonds de 3 à 4 millimètres qui décrivent des sinuosités, et qui peuvent donner à la lésion un aspect cérébriforme.

Et cette identification est beaucoup plus évidente par la description des auteurs français que par les figures contenues dans l'ouvrage de Pautrier (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1925, p. 81).

Ce cas, intéressant par lui-même par le tribut qu'il apporte à un sujet encore peu riche en observations, mérite par la localisation des plaques, une attention particulière.

En effet, la statistique de Pautrier nous apprend que le siège d'élection de la lichénification géante est le scrotum, la racine et

la portion supérieure de la cuisse, la face externe des grandes lèvres, le pli inguinal, régions qui présentent toutes une peau fine, à structure lâche, glissant facilement sur le plan adipeux sous-jacent.

On retrouve ce même caractère sur la peau des enfants, ce qui explique chez eux la présence de lésions analogues à la région deltoïdienne, à la face externe et antérieure des bras et des avant-bras et au niveau du bas-ventre.

Ces conditions favorables au développement de la lichénification géante ne se rencontrent pas sur notre malade de 33 ans ; chez lui, la région atteinte par la lésion cutanée, présente une peau à caractères opposés à ceux que mentionne Pautrier.

Deuxième cas. — B. M..., âgée de 35 ans, n'a jamais fait de maladies intéressantes à signaler. Tempérament émotif ; fonctions gastro-intestinales normales.

La maladie commença à l'âge de 15 ans : début brusque, en pleine santé, par des démangeaisons qui survenaient par accès, sur presque toute la surface d'extension des membres, principalement sur celle des jambes ; ces démangeaisons devenaient particulièrement violentes vers le soir. A l'âge de 17 ans, au début de la menstruation, la malade constata une diminution du prurit ; cette amélioration ne fut que passagère, car peu de temps après le prurit redoublait d'intensité, particulièrement violent dans la phase prémenstruelle et pendant les périodes de constipation.

A l'âge de 32 ans, soit 17 ans après le début du prurit, la malade constate les premières manifestations cutanées.

Etat actuel. — (Fig. 2). La dermatose est localisée aux jambes, à une région limitée des cuisses et à la région interscapulaire. La surface d'extension des jambes paraît épaissie, recouverte de lésions nettement hémisphériques, d'un diamètre variant entre 2-3 millimètres, de couleur rose brunâtre, avec une nuance bleu plombé, et présentant une très légère desquamation ; plusieurs d'entre elles sont centrées d'un poil. Les efflorescences sont assez rapprochées les unes des autres, mais elles ne confluent nulle part et, même là où elles sont en contact, elles conservent leurs bords nettement délimités.

A la palpation, on constate que ces lésions sont très dures et, prenant entre le pouce et l'index un pli de la peau, on remarque son épaississement *in toto*. Dans les régions du genou, du dos du pied et du mollet, les lésions sont plus clairsemées et plus petites tout en conservant leur forme hémisphérique. Des lésions analogues, mais moins nombreuses, se rencontrent dans les deux autres régions mentionnées.

A l'examen microscopique, on remarque : couche cornée fortement hyperkératosique, couche compacte sans hyperkératose, couche gra-

nuleuse plus ou moins développée, selon les points examinés. Forte acanthose par places, fusion par endroits de deux bourgeons contigus par leurs extrémités. Dépôt de pigment dans la couche basale, plus ou moins abondant. La couche papillaire, là où les lésions sont plus accentuées, ne présente plus la structure habituelle, finement fibrillaire, mais des faisceaux compacts, homogènes, dépourvus de fibres élastiques, avec des cellules rares et clairsemées. Aux places où la sclérose n'est pas visible, on remarque une légère infiltration lym-



Fig. 2.

phocytaire et des cellules conjonctives, plus nombreuses qu'à l'état normal, et interposées entre les cellules chromatiques. Ces altérations se terminent au-dessous de la couche papillaire. Dans la couche subpapillaire et dans le derme moyen on observe des foyers d'infiltration bien plus importants situés autour des vaisseaux sanguins et formés de lymphocytes avec des cellules fixes du conjonctif. Les fibres élastiques sont conservées.

Le diagnostic de ce cas présente de réelles difficultés. On pourrait tout d'abord penser au *lichen obtusus* dont les papules sont hémisphériques, demi-coniques, aplaties, de couleur rouge brunâtre ou rouge bleuâtre, tantôt circonscrites, tantôt répandues sur toute la surface cutanée. Mais la dermatose de notre malade s'en différencie nettement : d'abord, elle n'a ni l'aspect de cire, ni la dépression centrale que présente le *lichen obtusus* ; de plus elle présente une desquamation très nette et la malade accuse un prurit très violent survenant par accès, caractères qui ne se rencontrent pas au même degré dans le *lichen obtusus*. Enfin, dans cette dernière affection les éléments atteignent, et dépassent même, la grandeur d'un petit pois, tandis que dans la lésion qui nous occupe actuellement, leur taille ne dépasse pas 2 à 3 millimètres.

Le résultat de l'examen histologique sert lui aussi à différencier les deux formes. Dans le *lichen obtusus* on observe des altérations importantes : œdème de l'épiderme, dégénération colloïde de groupes de cellules épithéliales, forte réduction du volume des prolongements interpapillaires ; remarquable infiltration compacte dans le derme, nettement limitée vers le bas, qui s'étend du réseau sanguin sous-papillaire jusqu'à l'épithélium, tandis que chez notre malade on ne remarque aucune trace de dégénération colloïde ni d'œdème, mais, au contraire, un allongement considérable des prolongements interpapillaires et une infiltration située exclusivement autour des vaisseaux sanguins.

Le début de l'affection par un prurit très intense précèdant de plusieurs années les altérations cutanées, le caractère de ce prurit survenant par accès, l'absence constante d'exsudation, nous orientent vers la lichénification primitive, mais si nous comparons le tableau offert par notre malade, avec celui que présentent les lichénifications normales, nous constatons qu'il n'y a rien de commun entre ces formes. La seule affection avec laquelle il présente quelques points communs, est la lichénification circonscrite nodulaire chronique, dans laquelle les lésions sont elles aussi hémisphériques, indurées, nettement limitées, recouvertes de squames sèches, grisâtres, localisées aux extrémités inférieures, et présentant des altérations histologiques qui ont certains rapports avec celles que j'ai décrites, dans le cas qui nous occupe. Mais, le volume des lésions dans la lichénification circonscrite nodulaire, qui atteint la grosseur d'un petit pois, à celle d'un

noyau de cerise, est bien supérieur à celui des lésions présentées par notre malade ; de plus (toujours dans le cas de lichénification circonscrite nodulaire) les lésions sont constamment séparées les unes des autres par une large bordure de peau saine et leur nombre est limité.

Cette comparaison nous montre que si les deux formes cliniques ne peuvent être identifiées, elles présentent toutefois une certaine ressemblance qui est encore confirmée par le début de la lichénification circonscrite nodulaire, qui se fait, comme Pautrier l'a démontré, par des symptômes presque analogues à ceux présentés par notre malade.

De tout ce que nous venons d'exposer, on peut déduire que la dermatose que nous étudions, représente une forme de lichénification « sui generis » qui ne peut être identifiée complètement avec celles décrites jusqu'ici, et qui pourtant va enrichir le tableau des lichénifications anormales magistralement tracé par Brocq et Pautrier.

Dans notre cas, la très longue période de temps écoulé entre le début du prurit et l'apparition des lésions cutanées (17 ans) est particulièrement intéressante.

Parcourant la littérature, on remarque que déjà quelques auteurs ont signalé une modification dans la forme des papules de la névrodermite. Ainsi, Wolf observa un cas de papules folliculaires de la dimension d'une tête d'épingle, mais acuminées, et justifiant la dénomination qu'il leur donna, de *neurodermitis follicularis acuminata.*

Büeler remarqua, que l'affection décrite sous le nom de *Ruber moniliformis*, et la neurodermite chronique circonscrite, peuvent se manifester par des papules obtuses ; conception soutenue aussi par Sternberg au sujet d'un cas diagnostiqué *lichen ruber moniliformis* par Herxheimer en 1908, et reconnu plus tard, par le résultat d'un examen histologique, comme une névrodermite chronique.

Cette particularité, très rare, n'est cependant pas exclusive à la lichénification, car outre qu'elle peut se vérifier dans la variété du *lichen planus* dénommé par Unna, *lichen obtusus*, on peut encore la rencontrer dans la syphilis secondaire, comme Briel l'a démontré.

Il n'est pas facile d'expliquer pourquoi dans ces différents cas, la papule modifie sa forme, pour la transformer en hémisphéri-

que. Pour Hubner, ce fait serait dû à la forme lenticulaire que la masse de l'infiltré prendrait dans le derme et l'hypoderme. Cette interprétation n'est pas acceptée par Briel, qui dans ces différents cas remarqua, au contraire, un infiltré disposé par bandes et non nettement limité; il pensa plutôt à rechercher la cause dans la façon particulière dont la substance toxique envahit la peau.

A notre avis l'explication de Briel ne résout pas la question car aucun fait précis n'est rapporté en faveur de sa thèse. D'autre part, nous ne croyons pas plus valable l'interprétation de Hubner, car dans nos préparations comme dans celles de Briel l'infiltré au lieu de se réunir en une masse compacte en forme de lentille, est répandu comme un manchon autour des vaisseaux sanguins.

En tous cas, nous croyons que comme la lichénification en général représente l'expression d'une réaction particulière de la peau vis-à-vis du trauma que cause un grattage répété et prolongé, la forme spéciale que chaque lésion présente dans notre cas est due à des propriétés particulières, propres à la peau elle-même.

Et cette considération est valable non seulement pour l'affection étudiée dans ce travail, mais encore pour les lichénifications anormales en général. Dans leur apparition le terrain (entendu dans la signification la plus complète du mot) joue le rôle principal.

La clinique nous offre déjà tous les jours des exemples relatifs à l'importance que prend « l'individualité morbide » dans l'aspect des dermatoses, c'est-à-dire « cet état spécial grâce auquel chaque individu réagit d'une manière particulière quand les causes morbides exercent leur action sur lui » (Brocq).

La lichénification commune constitue déjà un exemple de cette réaction individuelle particulière, car il est notoire que les individus qui soumettent à un grattage prolongé une région déterminée, ne présentent pas tous de telles lésions. Mais dans le cas des lichénifications atypiques, cette prédisposition est surpassée par une autre, qui fait que l'individu réagit au grattage par une lichénification qui diffère plus ou moins sensiblement de la forme commune. Et la réaction cutanée particulière qui est propre à chaque individu, peut être facilement démontrée par l'expérience : il suffit en effet de considérer les différentes

réactions provoquées chez des sujets divers, soit par l'injection intradermique des différentes substances pharmaco-dynamiques, de protéines hétérogènes, soit par le frottement avec un corps obtus, etc... Mais la pathogénie des lichénifications atypiques est encore plus complexe, car il entre également en jeu une réaction particulière de « régions déterminées du même individu », ainsi que le prouvent certains cas dans lesquels la lichénification, atypique dans une zone du tégument, coexiste avec une lichénification commune dans une autre zone. Et cette réaction particulière peut dépendre de différents facteurs : structure spéciale de la peau (finesse, structure lâche), agents extérieurs (macération, malpropreté, et dans ce cas, selon Jeanselme et Burnier, germes spirillaires et mycosiques) aussi bien que des conditions locales particulières du système vasculaire.

Par exemple, il est bien connu que le temps de vésiculation qui suit l'application d'un vésicatoire, varie selon les différentes parties du tégument, vraisemblablement à cause de la plus ou moins grande épaisseur du réseau capillaire dans les différentes régions, de la différente perméabilité du filtre capillaire, et enfin de la différente quantité de travail développé par le territoire capillaire (Rabino.). Il est bien connu également, que le dermographisme est blanc aux extrémités inférieures, même chez les individus pour lesquels il est rouge sur le thorax (Meineri); que l'irradiation d'une zone thoracique avec la lampe de Kromayer, donne lieu à une réaction inflammatoire de type prédominant lymphocytaire, tandis que dans la jambe du même malade, la réaction est de type prédominant neutrophile (Meineri). Nous savons aussi que les diverses régions réagissent différemment à un frottement prolongé, à l'adrénaline et à la morphine injectées par voie intradermique (Kharina-Marinucci, Meineri); que l'index réfractométrique du liquide de vésicatoire, la tension superficielle, la viscosité, le poids spécifique, la formule leucocytaire varient de région à région (Puxeddu); et que de même pour les syphilitiques varie selon les régions le pouvoir de déviation du complément et de trouble (Bizzozero et Vercellino).

Tous ces facteurs sont largement suffisants pour nous expliquer comment chez le même individu, la peau puisse réagir à un grattage prolongé par des formes de neurodermite complètement différentes selon les régions.

Si comme il est certain la conception géniale de Brocq et Pau-

trier acquiert une faveur toujours croissante dans les milieux dermatologiques, beaucoup de cas incertains comme diagnostic trouveront leur place parmi les lichénifications atypiques.

Il est donc logique de penser que ce chapitre est destiné à s'agrandir ultérieurement.

P. S. — Au moment de livrer notre travail à l'impression, la malade après une longue absence, se représente à notre consultation, avec une éruption de papules typiques de lichénification dans les régions déjà atteintes.

La malade affirme qu'elles sont apparues peu de jours après la suspension précoce du traitement au goudron qui l'avait guérie. Cela confirme notre diagnostic de lichénification anormale.

LE TRAITEMENT DU CHANCRE MOU PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS

Par V. SOUKHAREFF,
Assistant de la Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de la 1re Université d'Etat à Moscou
(Directeur : Professeur G. Mestchersky).

Nous avons éprouvé l'action bactéricide, antitoxique et stimulante des rayons ultra-violets dans le traitement du chancre mou d'après les indications du professeur G. Mestchersky.

Pour la première fois on a essayé l'efficacité de la méthode sur le malade K... âgé de 25 ans. Il avait un phimosis inflammatoire et une grande quantité d'ulcères profonds dus à des chancres mous, situés sur le limbe du prépuce, accompagné d'un écoulement purulent et abondant provenant de la cavité préputiale. Un ganglion inguinal ponctionné ne renfermait pas de tréponèmes pâles. La réaction Wassermann est négative. Le traitement habituel des chancres pendant trois semaines avant l'entrée du malade à la clinique n'a donné aucun résultat. On a proposé le traitement par la lampe de Bach qui a eu lieu du 2 novembre au 31 décembre 1926, 2-3 fois par semaine.

En même temps les lavages avec de la solution de permanganate de potasse et le saupoudrage avec de l'iodoforme ont été prescrits.

Après la première séance d'actinothérapie on a déjà obtenu un effet évident. Les douleurs ont disparu, l'œdème a diminué, la sécrétion est devenue moins abondante. Après la deuxième séance, le prépuce est devenu plus mobile, une quantité de chancres mous du type « rongeant » a apparu sur le frein, le sillon balano-préputial et la face interne du prépuce. Après chaque séance on notait une amélioration considérable et la disparition consécutive des signes douloureux. La disparition totale des douleurs, que de l'œdème du prépuce a permis de soumettre ces ulcères situés sur la face interne à l'action immédiate des rayons ultra-violets sans recourir à l'opération. Le malade a guéri complètement après 12 séances en 4 semaines.

Cette action bienfaisante des rayons ultra-violets a suggéré le traitement analogue d'autre cas.

On a observé encore 8 cas.

Le deuxième cas. Une femme de 20 ans, traitée à l'ambulance, présentait une quantité de chancres à demi-cicatrisés sur la face intérieure

des grandes lèvres. Un bubon chancrelleux ulcéré de 8 × 5 centimètres dans la région inguinale droite est très douloureux. Un chancre mou tout récent sur le côté intérieur de la cuisse gauche près du pli inguinal. Le traitement par la lampe de Bach du 16 novembre au 10 décembre 1926 a amené la diminution de l'orifice du bubon (3 × 1 cent.) et la cicatrisation de l'ulcère de la cuisse après 10 séances. La malade n'est plus venue pour continuer le traitement.

Le troisième cas. Un paysan de 27 ans, est entré à la clinique le 16 novembre 1926, étant devenu malade le 9 novembre. Un léger œdème du prépuce. Une grande quantité de chancres sur la face interne du prépuce. Dans la sécrétion des ulcères il y a des bacilles de Ducrey. La ponction de la glande inguinale droite n'a pas révélé de tréponèmes. La réaction de Wassermann est négative. L'autoinoculation à l'épaule a donné un résultat positif. Traitement par la lampe de Bach pendant deux mois et demi. La cicacrisation définitive des chancres du pénis et de l'épaule a eu lieu après 19 séances.

Le quatrième cas. Un serrurier de 24 ans a commencé le traitement méthodique dans la clinique le 14 décembre 1926, après être devenu malade à la fin de novembre. Il y a un chancre de 9/8 millimètres sur le dos de la verge et, sur la face intérieure du prépuce, deux de 6 × 4 millimètres et de 5 × 3 1/2 millimètres. Dans la sécrétion des ulcères et dans la pustule après l'autoinoculation on a trouvé des streptobacilles D.

Traitement par la lampe de Bach. Après la deuxième séance les ulcères se sont détergés considérablement. La guérison complète des chancres sur le pénis et sur l'épaule a eu lieu après 9 séances durant 18 jours.

Le cinquième cas. Un commis de 27 ans commence le traitement dans la clinique le 3 janvier 1927, ayant constaté sa maladie le 30 novembre 1926, deux jours après le coït. Il y a 4 petits chancres sur le gland et 18 chancres sur les faces interne et externe du prépuce. Les ulcères du gland ont une forme allongée de 9 × 5 millimètres, de 12 × 6 millimètres, et les deux dernières de 2 × 2 millimètres; ils sont très douloureux. Dans la sécrétion des ulcères on trouve des streptobacilles D. Les ganglions lymphatiques inguinaux sont tuméfiés jusqu'à la grandeur d'une fève. La ponction du ganglion gauche n'a pas manifesté la présence des tréponèmes pâles. La réaction de Wassermann est ++++ (Une année avant le malade a eu la syphilis). Dans la sécrétion de la pustule après l'autoinoculation se trouvent des bacilles D. Traitement par la lampe de Bach. Après trois séances les 10 petits ulcères du fourreau de la verge sont déjà cicatrisés ce qui a pris huit jours. Les autres ulcères ont diminué. Après 6 séances la grandeur des ulcères sur le pénis a changé : l'ulcère supérieur est de 8 × 3 millimètres, celui du milieu 11 × 4 millimètres, les deux autres

sont de 1 1/2 × 1 1/2 millimètre. L'ulcère de l'autoinoculation se cicatrice après les 10 séances pendant trois semaines. La guérison complète de tous les chancres eut lieu après 13 séances dans la période d'un mois.

Le sixième cas. Un commis militaire de 27 ans, entré à la clinique le 9 janvier 1927, la maladie dure depuis trois semaines. Un chancre du frein présente un fond induré peu douloureux. Il y a un abcès lymphangitique fluctuant, situé sur le dos de la verge dans la moitié de sa longueur et un autre auprès de la racine du pénis. Le dernier est en état d'ulcération, ayant l'aspect d'un ulcère profond de 1 × 1 1/2 centimètre, très douloureux; le prépuce est enflé. Dans le pus provenant des ulcères et de la pustule produite au point de l'autoinoculation on trouve des streptobacilles D.

La ponction du ganglion inguinal n'a pas constaté de tréponèmes. La réaction de Wassermann est + + + c'est-à-dire que nous avons un chancre mou accompagné de deux « bubonulus ».

Le bubon ulcéré et tout le groupe des ganglions sont irradiés par la lampe de Bach. Après trois séances les douleurs ont disparu, ainsi que l'œdème et l'état douloureux du pénis. L'ulcère consécutif au bubon se cicatrise après douze séances dans la période de trois semaines En même temps est guéri l'ulcère du bubon sur le dos de la verge. Ensuite le malade est soumis au traitement spécifique.

Le septième cas. Un commis militaire de 32 ans, traité à la clinique du 1er novembre 1927, malade du 20 janvier 1927, deux semaines après le coït pour un phimosis inflammatoire. Sur le dos de la verge un « bubonulus » ulcéré, très douloureux. L'autoinoculation du pus du « bubonulus » a donné une pustule, contenant des streptobacilles D. Les ganglions lymphatiques inguinaux des deux côtés sont augmentés de volume. La ponction de la glande inguinale droite ne donne pas de tréponèmes. La réaction de Wassermann est négative. Le traitement par la lampe de Bach du 7 février au 26 mars. Après la quatrième séance l'œdème a disparu, ainsi que les douleurs, le phimosis diminuait, on put irradier les chancres situés sur la face interne du prépuce qui se sont cicatrisés définitivement après la quatrième séance. Après 10 séances qu'a reçues le malade, tous les chancres y compris celui du « bubonulus » ulcéré se cicatrisèrent.

Le huitième cas. Un commis de 24 ans commença le traitement à la clinique le 27 janvier 1927, étant devenu malade, le mois précédent, le lendemain d'un coït. Sur le prépuce gonflé il y a des chancres à fond induré. Dans la sécrétion de la pustule après l'autoinoculation et dans le pus des chancres du pénis se trouvent des streptobacilles D. Tout le groupe droit des ganglions inguinaux est enflé. La ponction ne donne pas de tréponèmes. Diagnostic : *ulcus mixtum*.

Après 9 séances les dimensions des ulcères ont diminué, ainsi que

l'œdème du pénis. Le traitement spécifique a eu lieu simultanément. Après un mois et demi et 14 séances du traitement par la lampe de Bach les ulcères ont guéri.

Ainsi le traitement du chancre mou par les rayons ultra-violets arrête son développement, diminue la dissolution des tissus, suspend le gonflement et les douleurs et diminue la sécrétion. La durée générale de la maladie est considérablement abrégée. En général il faut de 6 à 13 séances pendant 2-5 semaines.

Dans le premier cas ainsi que dans plusieurs autres on a ajouté le saupoudrage avec de l'iodoforme. Sous l'influence des rayons ultraviolets ce médicament produit une action plus forte sur les tissus à la suite de sa désintégration pour produire de l'iode et de la formaline, qui agissent *in statu nascendi ;* l'action chimique s'ajoute à l'action de rayons comme cela se fait dans le traitement de l'eczéma d'après la méthode de Schnidler.

La technique du traitement est bien simple. On commence par la moitié de la dose d'érythème c'est-à-dire, en général, on agit pendant 2 minutes à la distance de 50 centimètres. On augmente peu à peu la durée de la séance jusqu'à 10 minutes à la distance de 25 centimètres.

LITTÉRATURE

1. Bach-Keutel. — Anleitung und Indikationen. für Bestrahlung mit der Quarzlampe. *Künstliche Hœhensonne*, Leipzig, 1922.

2. Thedering. — *Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medezin*, Berlin, 1919.

3. Blumenthal. — *Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten*, Berlin, 1925.

4. Sardmann. — *Les rayons ultra-violets et associés en thérapeutique*, Paris, 1925.

5. Bizard et Marceron. — *La lumière en thérapeutique*, Paris, 1926.

6. Schmidt. — *Le traitement par la lumière*, Berlin 1923.

MÉGACARYOCYTOME DE LA JOUE DROITE

Par R. ARGAUD et L. CHATELLIER

Il est douteux que la pénurie des observations sur les tumeurs à mégacaryocytes soit uniquement due à la rareté de ce genre de néoplasie. On est plutôt tenté d'admettre, comme cause, une certaine méconnaissance de la lignée mégacaryocytaire, en particulier des rapports génétiques qui unissent médullocelles et cellules de Bizzozero.

En fait, la disposition coronaire du noyau ne répond qu'à une phase évolutive de la cellule à noyau bourgeonnant et ne saurait, en aucune sorte, être la condition *sine qua non* d'une terminologie cytologique.

Le besoin de remonter aux origines et de surprendre la raison morphologique de chaque objet anatomique, au moment de sa naissance, doit incontestablement constituer le caractère prédominant de toute investigation scientifique ; et c'est probablement un défaut de curiosité dans la recherche qui provoqua de pareilles méprises. Par contre, il serait illusoire, à tous points de vue, de rechercher les confusions et les erreurs commises ; nous nous contenterons donc, avant d'exposer l'observation qui fait l'objet de cette note, de rappeler, brièvement, les deux observations de mégacaryocytomes déjà publiées.

Observation I (Argaud et Montpellier), résumée. — Femme de 72 ans qui présentait à la face de l'épithéliomatose multiple sénile datant d'une dizaine d'années. Les lésions traitées par la radiothérapie cédèrent rapidement, sauf une, qui s'hypertrophia et prit la forme et les dimensions d'une cerise ; cette dernière tumeur évolua rapidement, sans altération de l'état général ni adénopathie.

Exérèse. — Fixation au formol au 1/10. Coloration à l'hématoxyline ferrique, à l'hémalun-éosine et au May-Grünwald-Panchrom.

Histologie. — Au faible grossissement, aspect d'un granulome revêtu d'épiderme aminci. Au fort grossissement : l'épiderme est sur les bords à peu près normal ; au centre il s'amincit, la couche basi-

laire se déforme et l'épiderme se réduit à une superposition de lamelles anucléées, qui desquament. La tumeur sous-jacente à l'épiderme comporte une trame fine et délicate où se tassent des cellules hétéromorphes : érythrocytes et plasmazellen autour de vaisseaux néoformés, myélocytes, cellules géantes à type Langhans et surtout abondantes cellules à noyau bourgeonnant à tous les stades (noyau mûriforme, en couronne, en boudin, en mitoses avortées, etc.). Dans le protoplasma, multiples centrioles ; dans le noyau, nucléole très foncé. Il existe aussi de petites cellules confluentes, déformées par pression réciproque, dont les noyaux ressemblent à ceux des mégacaryocytes. Entre elles et ces derniers, on trouve toutes les transitions (1).

Observation II (Argaud et Duboucher), résumée. — Arabe de 50 ans, chez qui apparut, 7 mois auparavant, une tumeur du sein gauche, à progression régulière. Cette tumeur s'ulcéra au bout de 3 mois et, depuis, l'ulcération grandit.

Examen physique : tumeur bosselée, grosse comme une tête de nouveau-né recouverte de téguments violacés, sillonnés de veines superficielles, adhérents. Néoplasie indépendante du muscle. Volumineuses adénopathies axillaires. Ulcération centrale, ayant détruit mamelon et aréole, et évoluant vers la portion supéro-externe ; bords décollés, fond saignant, irrégulier et bourgeonnant ; odeur fétide. A la palpation, tumeur constituée de parties dures et de parties fluctuantes ; fièvre, anorexie, etc.

Opération. — Mort au 2e jour.

Histologie. — Fixation formol-bichromate acétique. Coloration en masse par hématoxyline cuivrique et coloration sur lames par hématoxyline ferrique, safranine, Lichtgrün, Pappenheim-Unna. Au faible grossissement, lacis étroit de filaments acidophiles parsemé de cellules à noyau morcelé, type Bizzozero-Howell. Au fort grossissement, on constate les connexions les plus étroites entre les mégacariocytes et le lacis : Les prolongements protoplasmiques ramifiés des cellules s'anastomosent entre eux pour former la trame fondamentale de la tumeur.

Polymorphisme et polymétrie des mégacaryocytes. — Tantôt cellules gigantesques, tantôt cellules à peine plus grosses que leur unique noyau, tantôt cellules allongées ou globuleuses.

Dans certains éléments, noyau multilobé à l'un des pôles cellulaires, ou bien noyau mûriforme ou encore morcelé en petits fragments isolés. Entre les tout petits éléments et les gros mégacaryocytes, très différenciés, on trouve toutes les transitions.

Ces mégacaryocytes sont vaso-formateurs, producteurs de globules rouges et probablement aussi fibro-plastiques. Presque toujours ce sont les bourgeons essaimés par le mégacaryocyte qui deviennent

(1) *Annales de Dermatologie*, 1921, p. 391.

générateurs. Pour la vaso-formation, on voit se creuser, dans l'épaisseur du protoplasma, des lacunes multiples, puis confluentes, autour desquelles les noyaux éparpillés se placent comme dans un endothélium.

Observation III (Argaud et Chatellier). — La pièce provient d'un malade opéré par M. le Prof Mériel en mars 1927, pour une tumeur grosse comme une cerise, située sur la joue droite, légèrement ulcérée et prise pour un épithélioma cutané vulgaire. Guérison opératoire parfaite.

La pièce est fixée dans alcool-éther-acide acétique.

La lésion examinée à la clinique de Dermatologie n'avait jamais été rencontrée. Présentée à la Société de Dermatologie le 12 mai 1927, elle a été examinée par M. Civatte qui porta le diagnostic de sarcome, mais fut frappé par les altérations cellulaires qu'il n'avait jamais constatées. Le Prof. P. G. Unna, qui a vu aussi les coupes, que l'un de nous lui avait envoyées, déclare n'avoir jamais rencontré pareille lésion et pensa un moment à un mycosis fongoïde.

Nous avons pu l'identifier avec les tumeurs décrites par l'un de nous (Argaud) à deux reprises.

L'épiderme est profondément altéré dans sa forme et dans sa structure. Les crêtes interpapillaires n'existent plus, comme si l'hyperplasie sous-jacente eut déterminé leur effacement par une extension niveleuse. Il en résulte que, sur les coupes perpendiculaires, l'épiderme se déroule en un long ruban limité, du côté chorion, par une ligne régulière et nette. Au contraire, la desquamation des strates cornées mamelonne ou déprime, un peu au hasard, la surface libre Sur une large étendue, enfin, l'épithélium, extrêmement laminé, a fini par céder, sans livrer passage, cependant, à un fongus prolifère, comme le fait se serait produit dans un cas de granulome. La néoformation n'a donc pas fait saillie en dehors du cratère simplement oblitéré, ici, par un bouchon séro-leucocytaire.

Dans sa portion immédiatement sous-épithéliale, le derme est peu tassé, filamenteux, œdématié. Beaucoup de capillaires aplatis y cheminent, presque rectilignes, parallèles entre eux et à la surface tumorale. De nombreuses cellules médullocelles essaiment un peu partout, éparses, ou tassées sans règle, çà et là. A une faible distance de l'épiderme surgissent de grosses cellules, d'abord très rares, puis de plus en plus nombreuses à mesure que l'on s'éloigne de la surface et que, d'autre part, le nombre relatif des médullocelles diminue. Enfin, le centre tumoral est

exclusivement composé de ces grosses cellules, de vaisseaux et d'un stroma délicat et réticulé.

A y regarder de plus près, mais toujours avec un faible grossissement, il est aisé de se rendre compte que le groupement cellulaire est ordonné par rapport aux vaisseaux ; une relation évidente se décèle déjà entre les capillaires et les cellules tumorales.



Fig. 1. — Partie superficielle de la tumeur. — L'épiderme est laminé. — Presque immédiatement au-dessous apparaissent les mégacaryocytes à toutes les phases de leur évolution.

Loin d'être agglomérées d'une façon quelconque, les cellules sont disposées en travées en jeu de patience ou groupées autour des vaisseaux, rappelant, ainsi, assez bien, certaines tumeurs glomiques neuro-musculaires ou certains « périthéliomes ». Nous verrons qu'il ne s'agit que d'une simple apparence *a priori*.

Au fort grossissement, chacun des objets se précise et se révèle avec des caractères bien particuliers qui vont conditionner une entité histopathologique.

Dans l'épiderme, il est impossible de trouver la trace de la couche de Remy. Du derme, jusqu'au stratum disjunctum, toutes les cellules sont malpighiennes et rattachées par des ponts de Ranvier. Très hétéromorphes, elles s'agencent, commes elles peuvent, en couches d'un parallélisme douteux et dont le nombre varie de 5 à 8 dans les portions les plus épaisses. Certaines

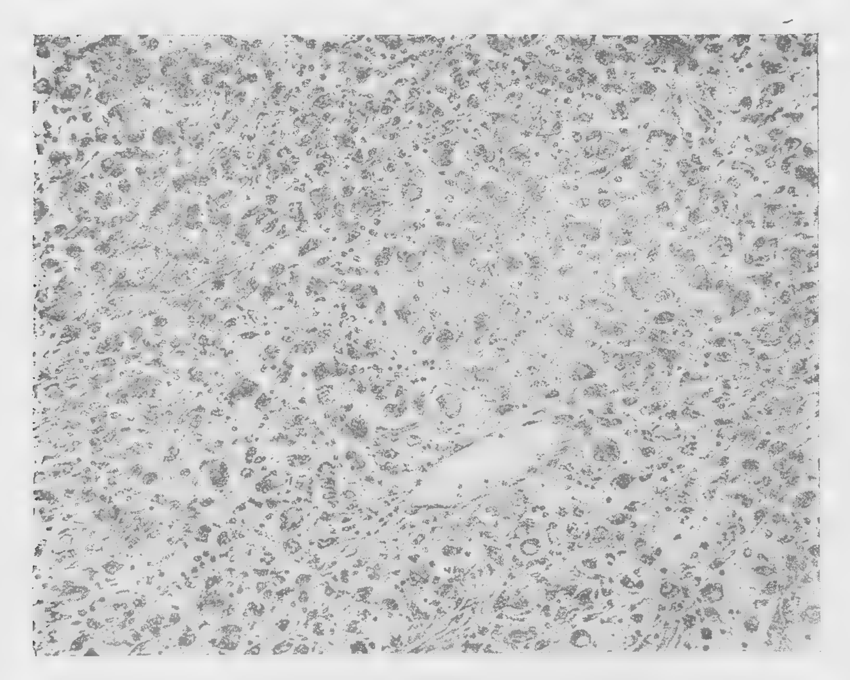


Fig. 2. — Microphotographie d'un point quelconque de la tumeur ; on distingue très aisément les mégacaryocytes avec leur bloc hyalin central.

cellules fussent même, dans le collagène, encore hérissées de pointes de Schrön, preuve irréfutable de la disparition préalable des cellules génératrices. Tous les intermédiaires métriques se rencontrent parmi les cellules tumorales depuis les plus petites presque réduites à leur noyau jusqu'aux plus volumineuses. Dans les plus ténues, le noyau sphérique est, comme nous venons de le dire, simplement revêtu d'une croûtelle protoplasmique. Puis, à mesure que la médullocelle augmente de taille, le noyau occupe une plus faible fraction du volume cellulaire. Il devient plus

marginal, réniforme et finit par bourgeonner. La cellule tout entière acquiert progressivement tous les caractères qui vont servir à la singulariser. Deux choses frappent tout d'abord dans l'anatomie de ces éléments :

1° leur aspect polycarié;

2° la chromaticité très vive du protoplasma central (endoplasma) qui pourrait le faire prendre, à un examen trop superficiel, pour une inclusion.

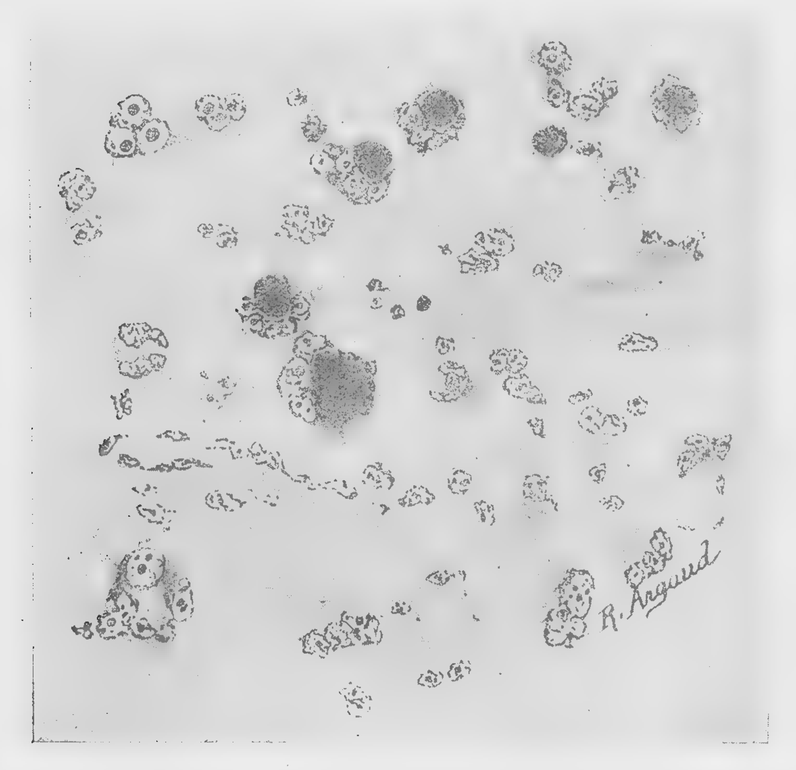


Fig. 3. — Quelques mégacaryocytes dessinés à la chambre claire, en une région prise au hasard Ocul compens. 6. Zeiss. — Obj. 7. Leitz. — Chambre de Verick.

Au maximum de leur différenciation structurale, les cellules montrent donc un noyau bourgeonnant décomposable en sphérules plus ou moins rattachées entre elles et qui, chacune nucléolée pour son compte, paraissent avoir, les unes et les autres, la valeur d'une entité nucléaire. Les coupes les intéressent, souvent, en croissant ou en couronne moniliforme. Leur instabilité mor-

phologique est extrême; leur aspect varie presque avec chaque cellule; ils s'incurvent, sont mûriformes, etc. Leur chromatine varie également en proportion très appréciable, ce qui rend les noyaux hétérochromes : clairs, grisâtres ou très foncés.

Il est aisé de distinguer, dans le mégakaryocyte, les trois zones décrites par Heidenhain : l'endoplasma, le mésoplasma et l'exoplasma.

Dans la concavité, ou, d'une façon plus générale, dans la cavité du noyau, dans le « Pyrenocöl » en un mot, est logé l'endoplasma; le noyau est inclus lui-même dans une masse cytoplasmique plus dense, le mésoplasma qui le déborde en dehors pour s'estomper en un exoplasma qui limite extérieurement la cellule d'une façon très floue. L'exoplasme, en effet, émet de nombreux prolongements qui s'anastomosent irrégulièrement avec les éléments voisins et avec le stroma réticulé de la tumeur. Endoplasma et mésoplasma communiquent largement par les « *trous du noyau* ».

L'endoplasma, nous l'avons déjà entrevu, possède parfois une chromatophilie tellement différente du reste du protoplasma, qu'il peut en imposer, à des observateurs non prévenus, pour des formations exogènes (protozoaires). Dans les préparations colorées à l'hématoxyline-Eosine-Orange, par exemple, l'endoplasma des mégacaryocytes encore jeunes et en pleine activité, prend une teinte rouge-orangé très vive, tandis que le mésoplasme et l'exoplasme sont à peine colorés en violet pâle. Il se peut que cette acidophilie soit en rapport avec la période d'activité fonctionnelle de la cellule, activité probablement secrétoire. On distingue souvent, dans ces endeplasmas érythrophiles, non seulement une grande quantité de centrioles, mais encore des plastes qui s'individualisent et des vacuoles qui se dessinent.

Dans les vieilles cellules, au contraire, tout le protoplasma se colore uniformément; le noyau se fragmente; des cavités apparaissent dans l'endoplasme. D'abord séparées, ces cavités deviennent confluentes et c'est ainsi que, lentement, la cellule de Howell prend un aspect vasculogène. Il n'est pas rare de rencontrer, dans les préparations, de longs capillaires plus ou moins rameux avec, à une extrémité, une cellule à noyau bourgeonnant dont la concavité borde le segment correspondant de la lumière vasculaire. D'autres fois, encore, les noyaux morcelés prennent, dans la paroi protoplasmique qui limite l'immense lacune cellulaire

la place régulière de noyaux endothéliaux. Des globules rouges sont également décelables dans ces cavités ou même dans l'épaisseur du protoplasma mégacaryocytaire encore compact. Nous n'insisterons pas sur ces détails longuement décrits dans les publications précédentes.

En résumé, la tumeur qui fait l'objet de cette note est exclusivement formée par des mégacaryocytes à toutes les phases de leur évolution, depuis la minuscule médullocelle jusqu'aux volumineuses cellules polycariées. La tramule est due, en grande partie sinon en totalité, à des prolongements émanés des mégacaryocytes et s'anatomosant entre eux.

Interprétation et considérations générales. — La tumeur que nous venons de décrire est exactement superposable aux deux mégacaryocytomes précédemment publiés. Leur identité structurale est manifeste; dans les trois cas, le stroma, fin et réticulé, paraît faire corps avec les prolongements protoplasmiques des mégacaryocytes qui représentent les seuls éléments cellulaires et pathognomoniques de cette néoplasie. Les altérations épidermiques sont tardives, secondaires; elles ressortissent à une mécanomorphose par extension suivie bientôt de rupture.

Cependant, l'intérêt histologique de cette dernière tumeur est peut-être plus grand que celui des deux antérieures. Grâce à son ablation précoce et, par suite, à la jeunesse de bon nombre de ses éléments constitutifs, nous avons pu non seulement suivre, pas à pas, toutes les étapes évolutives des cellules de Bizzozero, mais encore en retirer de précieux renseignements sur leur signification anatomique. Voici, brièvement exposées, les principales considérations qui semblent découler de nos recherches :

1° A ne pouvoir en douter, les mégacaryocytes proviennent bien de médullocelles mononucléées comme l'avaient, d'ailleurs, affirmé, auparavant Jackson, Pappenheim, Roger et Josué, Saxer, Van der Stricht. Les médullocelles se transforment anatomiquement comme nous l'avons mentionné au cours de cette note.

2° Nous ne saurions admettre, comme l'affirma Demarbaix, que la fragmentation nucléaire des mégacaryocytes répond, systématiquement, à une altération cadavérique, ou, comme l'a prétendu Denys, que cette fragmentation n'existe pas dans le sens de division physiologique de la cellule. — Il est évident que l'entité morphologique du mégacaryocyte adulte meurt avec cette

fragmentation ; mais il est impossible de confondre un conditionnement de créations nouvelles, alors même qu'il paraît involutif, avec une manifestation pycnotique et stérilisante. C'est, en quelque sorte, le dernier acte d'une gemmulation préparée longtemps à l'avance, alors que dans le noyau mûriforme, chaque grain nucléolé pour son propre compte semble, déjà, pouvoir et

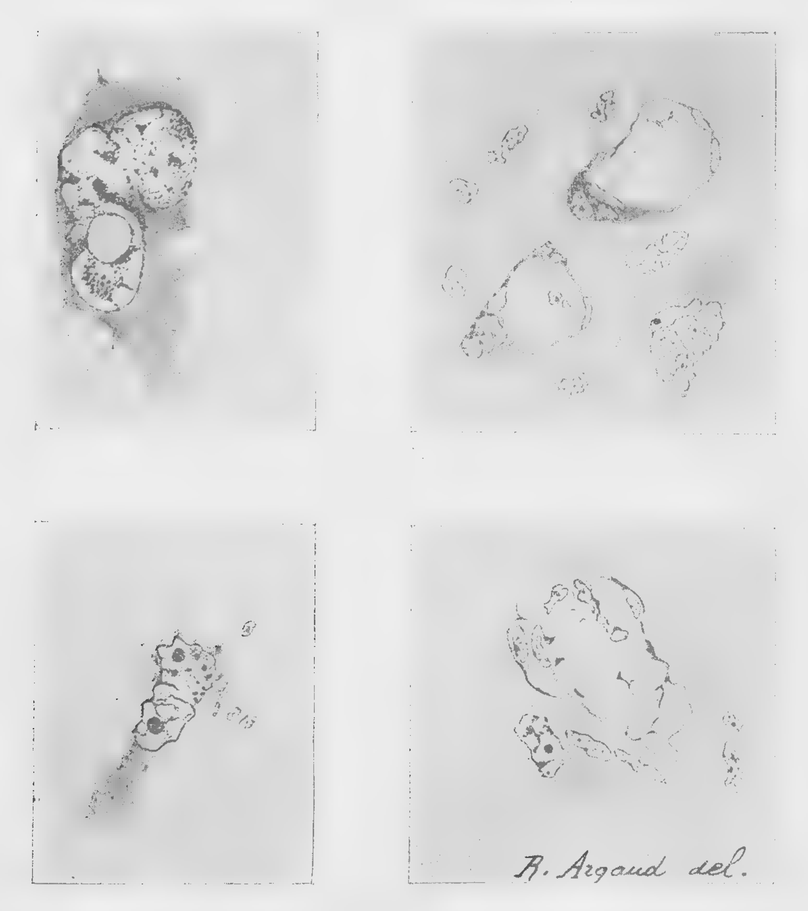


Fig. 4. — Quelques aspects de mégacaryocytes tumoraux. On peut reconnaître aisément, dans certains dessins la genèse des cavités vasculoïdes et la disposition endothéliale des noyaux fragmentés. En bas et à gauche, essaimage de petits fragments nucléés (Hématoblaste).

vouloir se libérer de la syncarie. Certes, quelques grains se nécrobioseront ; mais la plupart évolueront. Comment pourrait-on, en effet, envisager comme nécrotique le morcellement concomittant du protoplasma en sphérules enveloppant, chacune, un

fragment de chromatine? Ce qui trouble, c'est la singularité de ce procédé de multiplication qui ne cadre ni avec la division directe ni avec la division indirecte.

De la division directe, il diffère, comme l'a montré Arnold, par l'accroissement de la substance nucléaire et il se distingue de la division indirecte par la disposition des plans de séparation qui ne sont ni équatoriaux ni segmentaires mais toujours superficiels. Des caryocinèses peuvent toutefois se présenter ; nous les avons observées dans les mégacaryocytomes, en particulier dans celui du sein où les mitoses monstrueuses étaient fréquentes.

3° En grandissant, les mégacaryocytes irradient des prolongements protoplasmiques dans la genèse desquels l'activité des centrioles entre pour une large part. Ces prolongements prennent le picro-noir, le Blauschwartz, au même titre que les fibrilles conjonctives du stroma avec lesquelles ils s'anastomosent. Nous pensons donc avec Werner, Howell, Demoor et surtout Van der Stricht, contrairement aux opinions de Foa et de Heidenhain, que le stroma réticulé des tissus riches en mégacaryocytes est principalement l'œuvre de ces éléments. La chose est indiscutable dans les mégacaryocytomes où la fonction histogénique est exaspérée.

4° La présence de globules rouges dans le protoplasma ou à l'intérieur des cavités mégacaryocytaires a fait l'objet de nombreuses discussions. Nous nous permettrons simplement de faire observer que, si l'existence des polynucléaires, dans de semblables conditions, peut être envisagée comme un simple acte phagocytaire de ces leucocytes, il ne peut en être de même pour les hématies. D'autre part, ainsi que Pianèse l'a formellement démontré, le mégacaryocyte n'exerce aucun acte ni de bactériophagie, ni de protistophagie, ni de cytophagie. Il faut bien alors que les hématies incluses aient une origine endogène.

5° Nous ne pouvons ni confirmer ni rejeter la théorie de Wright sur le pouvoir hématoblastique des mégacaryocytes. Nous avons fréquemment remarqué, dans nos coupes de mégacaryocytomes, des cellules à noyau bourgeonnant, directement en marge des lumières vasculaires ; nous avons maintes fois observé des fragments nucléaires, certains même minuscules, essaimant dans ces lumières. Mais ! pouvions-nous affirmer leur nature hématoblastique? Tout semble justifier notre prudence lorsque l'on envisage les idées nouvelles sur l'hématoblastoge-

nèse. On ne peut que rester perplexe devant l'opinion de Pianèse émise, dit-il spirituellement, pour se : *faire bâtonner par ses lecteurs bénévoles.*

Cet auteur ne croit pas que les hématoblastes existent préformés dans le sang normal ; il suppose qu'ils prennent naissance par un mécanisme analogue à celui de la formation de la fibrine. Il admettait, tout d'abord, qu'il existe dans le protoplasma un hématoblastogène et que les hématoblastes proviennent de l'action d'un ferment spécial sur cet hématoblastogène. Il s'est rattaché, ensuite, à la doctrine de Mathew et de Woobbrigge que les plaquettes se trouvent en solution dans le plasma en saturation et cristallisent lorsqu'un dérangement quelconque survient. Ce sont des protéines imparfaitement cristallisées : *des cristaux fluides.* Développant cette idée, Mathew admet que le plasma est comme un protoplasma dilué dans lequel se trouvent, à l'état d'équilibre instable par sursaturation, des enzimes, des protéines, des sels de calcium et des lipoïdes (phospholipides). Il conçoit que, dans certaines conditions, on voit la formation de cristaux liquides dont les plaquettes constituent une portion.

Le protoplasma des mégacaryocytes agirait-il ainsi ? C'est là un des problèmes biologiques dont nous ne possédons pas tous les éléments probants d'une solution scientifique.

Quoi qu'il en soit, et malgré quelques incertitudes planant encore sur leur signification histophysiologique, il est, dès maintenant avéré que les mégacaryocytes peuvent, par leur multiplication, dans certaines conditions pathologiques pour le moment inconnues, former, dans le derme, des tumeurs myéloïdes à trame réticulée et vascularisée.

Ces tumeurs, dont le siège est des plus capricieux : ailes du nez, joues, sein ... et dont la malignité fut indiscutable dans un cas où elle évoluait depuis longtemps (1), méritent une place à part dans la classification des néoplasies et la désignation de mégacaryocytome.

(1) Mégacaryocytome du sein, par R. Argaud et H. Dubouchek, *Association fr. pour la lutte contre le cancer*, 1924.

CONTRIBUTION A LA CLINIQUE ET A L'HISTOLOGIE DE LA DERMATOSE PIGMENTAIRE PROGRESSIVE

MALADIE DE SCHAMBERG (*)

par Dr. I. M. SCHWARZMANN.
(Institut Vénéréologique de l'Etat, du nom du Prof. V. M. Bronner, Moscou. Prof. N. S. Ephron, Directeur).

La dermatose pigmentaire progressive a été décrite pour la première fois en 1901 par SCHAMBERG (1), dans le *Brit. Journ. of Derm.* Au cours des vingt-sept ans écoulés depuis, FREEMAN, FOX CALCOTT, LITTLE GRAHAM, WHITFIELD, ADAMSON, KINGERY (2), ADAMSON (5 cas), DOR, RINSEMA (3), TASHIRO (4), CAFFERTI (5), ZIMMERLIN et LANZENBERG (6) puis TEMPLETON (7) (2 cas), ont observé cette maladie et l'ont décrite d'une manière plus ou moins détaillée. Dernièrement il a paru un travail de Schamberg, décrivant encore 4 cas. Aux communications que nous venons d'énumérer il faut encore ajouter les présentations de malades, faites par ROXBURGH (9), MAC CORMAK (10), JAMIESON (11), BEESON (12), PARKHURST (13), DOWLING (14), MICHELSON et SIDLIK (16).

Sur le total des cas observés, 14 l'ont été aux Etats-Unis, 15 en Angleterre, et 3 en d'autres pays. Par conséquent, et à en juger par le petit nombre de travaux qui lui ont été consacrés, il faut considérer la maladie de Schamberg (M. S.) comme assez rare et peu étudiée. Dans différents pays, et en Russie notamment, la M. S. n'avait pas été constatée une seule fois. Il est donc d'autant plus important et intéressant de se rendre compte de la nature même et du tableau clinique de cette maladie, en se basant sur les descriptions de Schamberg lui-même et sur les observa-

(*) Le malade et les préparations histologiques ont été présentés en nov. et déc. 1927 à la conférence de l'Institut vénéréologique de l'Etat et de la Clinique dermatologique de la 1re Université de Moscou, réunis.

tions subséquentes. La M. S. attaque surtout les hommes. Dor, Mac Cormak, Parkhurst, Michelson, Sidlik et Schamberg ont cependant présenté des cas féminins : atteintes, 6 cas en tout. Parmi les malades ce sont les individus jeunes, au-dessous de 20 ans, qui prédominent; mais les cas ne sont pas rares où des gens sur le retour ont été atteints. L'un des malades de Kingery avait 61 ans, l'un de ceux de Schamberg en avait 60. D'après la description de Schamberg, ce qui caractérise cette maladie originale, ce sont de petites taches de couleur rouge brun, d'une grandeur allant de celle d'une pointe à celle d'une tête d'épingle, qui ne s'élèvent pas au-dessus de la peau, et qui rappellent des parcelles de poivre de Cayenne. Par suite de leur accroissement périphérique, ces taches manifestent une tendance à confluer pour former des foyers continus plus ou moins grands, d'un rouge foncé, à contours irréguliers. A la périphérie de ces foyers persistent des taches isolées, par la confluence desquelles ces foyers continueront à s'étendre. Les espaces rouge brun, fortement pigmentés, à contours irréguliers, semblent se décolorer par la suite en prenant des teintes brun et brun foncé de plus en plus ternes. Le dessin de la peau atteinte est exagéré, la peau est ridée et amincie. D'après l'avis de Schamberg, ce mode de développement peut être régressif et se produire spontanément et complètement sur les parties précédemment atteintes. Mais il se fait très lentement, et en progressant tout le temps ; il ne provoque aucun trouble subjectif, en particulier pas de prurit. Les recherches plus récentes ne font en définitive que reproduire la description donnée par Schamberg, en y ajoutant des détails nouveaux plus ou moins importants. Ainsi, par exemple, dans les 3 cas de Adamson, Cafferti et Parkhurst, les taches présentaient par endroits un léger degré d'atrophie. « Au-dessus de la cheville du côté externe, écrit Cafferti, la pigmentation s'étendait, et l'on voyait un léger jeu de couleurs. Lorsqu'on examinait à distance la peau de l'endroit atteint, la coloration en paraissait uniforme, mais en examinant de plus près, on voyait qu'elle était bigarrée.. Au-dessus de la cheville externe il y avait des espaces de grandeurs différentes d'un blanc mort, correspondant aux endroits atrophiés... » Fox Colcott, ainsi que Zimmerlin et Lanzenberg ont observé une infiltration d'éléments insignifiante. Rinsema et Parkhurst une certaine démangeaison. Little Graham, Adamson et Kingery ont vu une très faible desquamation. De pré-

férence la lésion se localise sur les extrémités, surtout sur les extrémités inférieures ; des cas de lésion unilatérale ont aussi été décrits (Freeman, Templeton). Le cas présenté par Mac Cormak est intéressant en ce que la lésion, contrairement à ce qui a été décrit précédemment, était non seulement localisée sur les extrémités, mais existait également sur le corps et la figure. Il y avait aussi des éruptions sur la poitrine et sur le corps chez les deux malades de Schamberg.

Les altérations microscopiques, dues à la maladie de Schamberg, sont décrites dans les travaux de Schamberg, Adamson, Kingery, Templeton, Tashiro, Pautrier et Diss. Sans m'arrêter aux détails, je citerai seulement les faits principaux. A en juger par les communications énumérées plus haut, l'épiderme n'est que faiblement atteint par les altérations du tissu. Les auteurs décrivent la pénétration d'une certaine quantité de polynucléaires (Sch). dans la couche épineuse, un œdème par endroits, et la désorganisation de l'assise basilaire et des cellules adhérentes de l'assise épineuse (Templeton), et enfin un certain épaississement de toutes les couches épidermiques (Pautrier et Disse). Les altérations les plus importantes se localisent dans les couches papillaire et sous-papillaire de la peau même, où se montre, une infiltration considérable continue (Templeton), ou circonscrite (Kingery), ayant par endroits une, tendance à se répandre autour des canaux sudoripares (Schamberg, Kingery, Templeton). Dans le cas de Tashiro, l'infiltration s'étendait aussi aux follicules pileux. L'infiltration se compose surtout de cellules rondes et de polynucléaires, avec une quantité minime de cellules épithélioïdes et plasmatiques. Le caractère distinctif de cette maladie est la présence, dans les coupes (notée par presque tous les observateurs), d'un pigment brun finement granulé, intra et extra cellulaire. Ce pigment se trouve aussi bien dans l'infiltration elle-même, à laquelle, d'après Schamberg, Templeton et Tashira, se trouvent mélangées en quantité considérable des cellules du tissu conjonctif, contenant du pigment, que dans le voisinage des parois des vaisseaux sanguins (Adamson), et sur toute la coupe, surtout autour des glandes sudoripares (Kingery). C'est à Kingery que revient l'honneur d'avoir établi exactement la nature hémosidérique de ce pigment. En effet, il fut le premier à le faire passer au bleu de Berlin, par les réactifs du fer. Plus tard Tashiro, Pautrier et Diss, Templeton obtinrent la même

coloration. De plus, dans leur intéressant travail, Pautrier et Diss démontrèrent les premiers la présence, lors de la maladie de Schamberg, d'un pigment contenant de l'hémosidérine, dans l'épiderme, les cellules de Langerhans et leurs rameaux. La question des hémorragies dans les tissus et de l'état des vaisseaux au cours de la maladie de Schamberg présente aussi un intérêt considérable; mais nous nous y arrêterons plus en détail en parlant du diagnostic différentiel. Indiquons seulement que les hémorragies capillaires n'ont été remarquées que chez le malade de Tashiro. Pour ce qui est des vaisseaux, ils ne présentent pas de grands changements. Seul, Tashiro note une nouvelle formation des capillaires dans la zone d'infiltration. Schamberg et Templeton ont vu un élargissement insignifiant des vaisseaux. En terminant ce bref aperçu histologique, je dois dire que l'atrophie, comme résultat possible mais non obligatoire du processus morbide, qui a été observée plus d'une fois cliniquement, n'avait encore été constatée microscopiquement par personne. Il paraît difficile d'attribuer l'atrophie à la maladie dans le cas de Kingery, vu l'âge sénile du malade.

Observations personnelles

A. K S. Malade âgé de 18 ans, graveur sur métaux. A eu seulement la rougeole et la variole. N'a aucune prédisposition aux épanchements sanguins de quelque nature que ce soit. Appartient à une famille d'artisans Le père mourut à 56 ans en état d'ivresse. La mère n'a eu ni avortements ni fausses couches, elle succomba à la suite d'une opération de herniotomie. Le frère du malade a subi une opération de résection sur l'articulation du genou atteint de tuberculose. Une sœur est anémique. Le malade nie la présence de la syphilis. Il est de taille moyenne, suffisamment nourri ; la peau et les muqueuses sont pâles. Un dermographisme rouge existe qui apparaît lentement et disparaît rapidement. Sudation et sécrétion graisseuse dans les limites normales. Ephélides dans la région des pommettes, sur le nez et à la surface extérieure des articulations de l'épaule. Dans la région de l'omoplate gauche il y a un espace cicatrisé superficiellement atrophié, provenant d'une brûlure dans la tendre enfance. Des cicatrices ayant la même origine se font remarquer sur les paumes des deux mains, et à cause de cela la mobilité de plusieurs doigts est restreinte. R. W. et réactions de V. Pirquet et Mantoux sont négatives. Le degré d'irritabilité de la peau des jambes, soumise aux épreuves des compresses alcooliques à 2 o/o de sublimé corrosif, du chloracétate de quinine, du liquide de Bourof, de la solution de chlorure de sodium et d'au-

tres solutions, est insignifiant. Le symptôme de Laege manque. Rien de pathologique du côté des organes internes. La rœntgenoscopie revéla un *bronchadenitis bilateralis* et des limites pas très nettes du hile à gauche.

Recherches de laboratoire. — Urines normales. La diasoréaction et celle de la hématoporphyrine sont négatives. Composition du sang : Hg 75 o/o, érythrocytes 4.300.000, trombocytes 350.000, leucocytes 5.600, Formule leucocytaire : 56 o/o leucocytes segmentés, 3 o/o en batonnets, 33 o/o de lymphocytes, monocytes 3 o/o, éosinophiles 3 o/o, basophiles 1 o/o. Résistance des érythrocytes = 0,49 o/o (d'après Hamburger). Précipitation normale. Viscosité du sang = 6,3, durée de l'écoulement sanguin 2-3 minutes, quantité de cholestérine dans le sang, selon Engelhardt, 155 mgr. : 100. Acidité générale du suc gastrique 36, acide chlorhydrique libre 30. L'analyse des excréments donna des œufs de *Trichocephalus dispar.*

La maladie véritable se déclara il y a près de quinze mois, alors que le malade aperçut par hasard une tache brune sur la partie inférieure de la cheville gauche, tache qui apparut sans cause connue et qui augmenta par la suite en changeant de coloration par endroits. Ensuite, des taches analogues se montrèrent sur la face interne de la cheville gauche et sur d'autres endroits encore, dans la région des articulations du pied et sur les jambes. Le cours du développement de toutes les taches était analogue. L'éruption ne produit aucune démangeaison et ne cause d'autre désagrément que par aspect. Actuellement la maladie s'est localisée sur les pieds et les jambes, où se montrent des foyers, disposés sans grande symétrie à différents endroits. Leurs contours sont la plupart du temps irréguliers, leurs limites mal définies, parce que toutes les taches manifestent une tendance à se confondre et à former, par suite de la croissance désordonnée de la périphérie, des surfaces irrégulières plus ou moins continues. La couleur propre de la lésion est le brun-rouge brique ; mais la couleur des différents foyers n'est pas la même, selon l'âge de la lésion ; les uns sont rouge-brique, d'autres sont brunâtres, d'autres encore ont les mêmes couleurs mais avec un teinte verdâtre. La coloration n'est pas pareille même dans les limites d'un seul foyer. Après cette caractéristique générale, il me paraît nécessaire de faire une étude détaillée de quelques foyers, plus ou moins typiques de tel ou tel stade de développement. Nous nous arrêterons sur l'un des trois foyers de la jambe droite, dont deux se trouvent sur la surface de flexion au tiers moyen de la jambe et le troisième sur le mollet. Ici, sur l'espace d'environ 2 cm. × 1 cm. 1/2 à contours irréguliers, on aperçoit, sur un fond de peau brunie, café clair, une accumulation continue de petites taches rondes, brun-rouges, de la grandeur d'une tête d'épingle, à celle d'un grain de pavot et même à celle d'une pointe d'aiguille. La grandeur de ces petites taches, rappelant des parcelles de poivre rouge, diminue en allant du centre à la périphérie. Ces taches ne dépassent pas la surface normale de la peau. Au centre, par endroits, les taches les plus grandes se réunissent. La coloration des parties centrales, même

dans les foyers jeunes, diffère de la couleur des parties périphériques par sa teinte plus brune. Le dessin de la peau au centre est un peu plus accentué, ce qui crée l'impression d'un léger plissement de la peau. Le toucher ne montre aucune infiltration, même la plus légère. Nulle part il ne se manifeste d'angiectasie. La diascopie n'altère presque pas la coloration de la lésion. Le mode dont s'opère la confluence des petits foyers isolés voisins, se voit bien à la surface d'extension du



Microphotographie 1. — Aplatissement des papilles. Infiltration dans les couches papillaires et subpapillaires.

pied gauche, où, à la suite d'une formation de filets de jonction des taches et de la peau flétrie, un chemin se dessine de foyers continus de dimensions plus grandes (macrophotographie). De plus, on peut se convaincre ici de l'absence de toute disposition annulaire tant soit peu distincte, aussi bien des éléments isolés, que de leurs accumulations. Le foyer inférieur situé à 4-5 doigts au-dessus de l'articulation de la cheville, laisse voir un amincissement atrophique au centre. Comme le

mal avait commencé il y a plus d'un an dans la région des chevilles, il est naturel d'y trouver les foyers les plus anciens, lesquels cependant manifestent une tendance à s'accroître lentement en s'étendant. Il existe un foyer semblable, presque inactif, de la grandeur de deux pièces de 5 francs en argent, à la partie interne de la cheville droite, un peu au-dessus d'elle. C'est une tache uniforme, d'un brun foncé inégal, à contours arrondis, irréguliers, laquelle, malgré son âge, ne présente aucun indice d'atrophie. La lésion la plus ancienne, d'environ 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large, se trouve sur l'articulation de la cheville gauche. Sa coloration présente beaucoup de nuances, ce qui, avec l'existence de taches blanchâtres très légèrement atrophiées, lui donne dans une certaine mesure un aspect leucodermique. Ici aussi, le dessin de la peau ressort plus nettement, grâce à l'absence d'infiltration et de desquamation. La présence sur la périphérie de taches « poivre de Cayenne », témoigne d'une continuation de la croissance ; celle-ci est surtout apparente à la partie inférieure de la surface atteinte, où l'on voit ces taches s'étendre du côté interne du pied. Je voudrais aussi noter un détail intéressant. C'est l'apparition, au cours des trois mois d'observation du malade, d'une pigmentation uniformément répandue, couleur café au lait pâle, laquelle, comme un ruban de forme irrégulière, enveloppe la surface antérieure de l'articulation du pied droit. Ce n'est que dernièrement qu'une faible quantité de taches éparses, « poivre de Cayenne », se laissa voir sur cette pigmentation. Ainsi donc il faut constater que l'élément primitif de la lésion est peut-être non seulement ces petites taches isolées « poivre de Cayenne », mais aussi des espaces continus de couleur café au lait.

La capillaroscopie, faite par le docteur Loukomsky, a mis en évidence l'extension uniforme et la stase des capillaires superficiels. Il n'y a pas de dilatations anévrismatiques, et les ruptures manquent. Dans les couches plus profondes, au-dessous des capillaires, il y a une pigmentation bigarrée inégale, de forme irrégulière et qui, d'isolée, se fait confluente. Les taches isolées et leurs accumulations ne présentent nulle disposition annulaire.

Altérations histologiques. La biopsie de l'un des petits foyers du mal sur le pied gauche, fut faite de manière à ce que le lambeau ovale étudié renfermât aussi bien des parties périphériques que des parties centrales atrophiées de la lésion. De la sorte, on pouvait, sur la série des coupes, suivre les divers stades du mode de développement.

L'épiderme, qui sur l'espace atteint, présente peu d'altérations au bord extrême de la périphérie, s'amincit à mesure qu'on s'approche du centre, surtout au dépens de la couche malpighienne, de façon que dans la couche épineuse il ne s'est plus conservé par endroits, qu'une ou deux rangées de cellules. Les papilles se font graduellement moins rapprochées et s'aplatissent d'une manière correspondante. Sur certaines parties elles sont complètement effacées (microphot. 2). Dans la couche papillaire et subpapillaire on remarque une infiltration continue considérable, formant des agglomérations par endroits. Au cen-

tre des agglomérations de l'infiltration on voit par-ci, par-là une quantité minime de capillaires à endothélium turgescent. De la couche subpapillaire l'infiltration pénètre, par endroits seulement, dans les couches plus profondes de la peau, se maintenant autour des canaux sudoripares et du tronçon supérieur des glandes sudoripares elles-mêmes (Microph. 1). L'infiltration se compose surtout de cellules arrondies, les polynucléaires sont beaucoup moins nombreux, et la quantité de cellules épithélioïdes et plasmatiques est minime. Comme dans l'infiltration, de même dans les tissus contigus, il y a beaucoup de cellules étirées et stellaires du tissu conjonctif, dont le nombre diminue dans les couches cuticulaires plus profondes, tout en étant cependant au-dessus de la normale. Sur la plupart des coupes périphériques on constate que des érythrocytes viennent se mélanger à l'infiltration, étant comme refoulés vers la périphérie de celle-ci. Les érythrocytes existent aussi par endroits dans les couches papillaire et subpapillaire de la peau, et aussi dans le tissu dermique, parmi les agglomérations isolées de l'infiltrat. L'accumulation des érythrocytes ne présente aucune formation régulière en nids ; elle se fait parfois autour d'un vaisseau à peine changé ; mais dans la majorité de ces cas sans aucun lien avec les vaisseaux ou bien très loin deux. Nulle part les vaisseaux ne montrent de formations nouvelles très nettes ni de dilatation, soit anévrismatique, soit générale. On ne voit non plus de rupture directe des vaisseaux. On constate seulement une turgescence de l'endothélium, sans qu'il y ait cependant obstruction des vaisseaux, et par endroits une certaine dilatation des fentes lymphatiques. Ceci se rapporte aussi aux vaisseaux du tissu cellulaire subcuticulaire le plus proche. Revenant aux érythrocytes, notons que leur quantité, à mesure que le mal se fait plus ancien, se réduit graduellement à zéro.

A un faible grossissement, déjà avec les colorations habituelles (hématoxyline et éosine), on aperçoit une grande accumulation de pigment brun autour des foyers d'infiltration et dans les parties supérieures de la peau elle-même, contigües à celle-ci. Sur certaines préparations on se rend compte nettement de ce que ce pigment tire son origine de l'hémoglobine. Avec des grossissements plus forts on y voit, à côté des érythrocytes inaltérés dans certains endroits, dans d'autres des érythrocytes déjà brunis, froissés, comme saupoudrés de pigment. Celui-ci se trouve surtout dans les nombreuses cellules agrandies du tissu conjonctif, cellules qu'il remplit entièrement. Là où l'accumulation du pigment est la plus forte, par exemple autour de l'infiltration, on constate qu'il y a aussi du pigment en quantité considérable en dehors des cellules A mesure qu'on s'éloigne des couches superficielles du cutis, la quantité de pigment diminue, et ici il peut, tout entier, tenir dans les cellules. La localisation préférée du pigment à l'entour des glandes et conduits sudoripares se voit parfaitement.

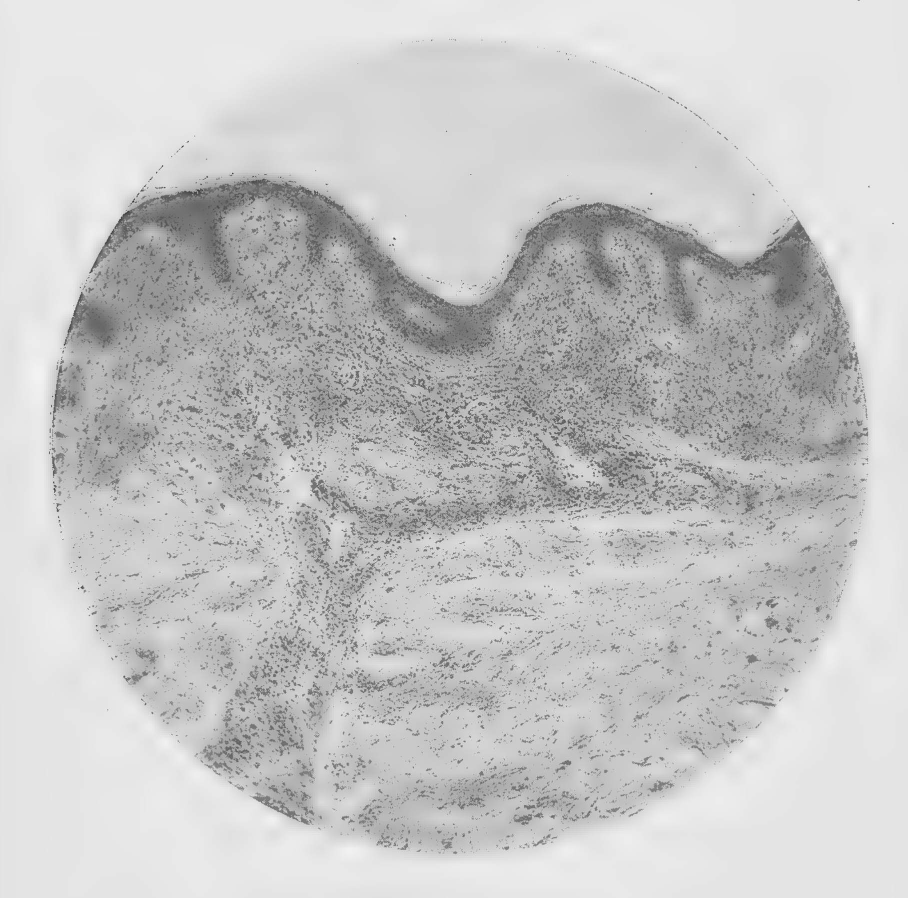
Après plusieurs essais infructueux, je réussis, en me servant de la méthode de Pautrier et Diss, à teindre le pigment en une belle couleur bleue (bleu de Berlin) sur un fond carmin, ce qui en rendit l'étude beaucoup plus facile. Sur une telle préparation, on voit le pigment

qui imprègne de grandes masses cellulaires dans le tissu conjonctif des couches papillaire et subpapillaire, et de nombreuses cellules isolées dans les couches cuticulaires profondes qui sont remplies de pigment. De plus, les couches supérieures de la peau elle-même se montrent par endroits (dans la préparation), d'une coloration diffuse d'un rose tendre bleuâtre, se distinguant ainsi des couches plus profondes colorées comme à l'ordinaire, où le pigment est de préférence intracellulaire. Pour cette raison il est permis de supposer qu'ici le pigment se trouve non seulement à l'état amorphe ou finement granuleux, mais qu'il pénètre peut-être entièrement la peau, là où il forme le plus d'accumulations. Sur les préparations microscopiques les fonctions de transport des cellules du tissu conjonctif, se laissent voir très nettement ; et c'est avec justice que Jarisch les nomme des chromatophores. Des causes d'ordre technique ne m'ont pas permis de donner la reproduction d'une très belle accumulation de pigment bleui entre les mailles des glandes sudoripares et autour des canaux sudorifères. Il est très difficile de s'expliquer cette accumulation de pigment de préférence à l'entour des glandes sudoripares, mais évidemment c'est l'un des caractères, il se peut même, un caractère distinctif, du tableau que présente la maladie de Schamberg. A côté du pigment qui s'est teint en bleu, on aperçoit par endroits des accumulations de pigment demeuré brun, lequel, apparemment, n'avait pas encore atteint le stade de l'hémosidérine. Sur les préparations colorées en vue de la seule l'hémoxidérine (sans carmin), lesquelles pour des raisons techniques, n'ont pas pu être figurées, on voit nettement un bord bleu, dont le dessin et la disposition correspondent parfaitement à la couche basale de l'épiderme et aux parties inférieures de la couche épineuse. Sur le dessin en couleurs (α3) (1), on voit aussi avec une netteté suffisante le pigment bleu dans les parties de l'épiderme que nous avons nommées. Ceci nous porte à conclure que dans ce cas donné il y a véritablement pénétration du pigment hémosidérique dans l'épiderme, comme l'ont décrit pour la première fois Pautrier et Diss. Avec l'objectif à immersion on aperçoit distinctement une très fine poussière pigmentaire bleue, surtout dans les espaces intercellulaires de la couche basale, et de la rangée contiguë des cellules. A mon grand regret, dans mon cas, je n'ai pas réussi à observer les cellules de Langerhans, mais néanmoins leur participation à ce mode de distribution du pigment me paraît plus que probable. S'il en est ainsi, les cellules de Langerhans non seulement transportent le pigment autochtone aux cellules suivantes, inférieures du derme, incapables, selon Bloch, de le produire elles-mêmes indépendamment, dans la majorité des cas, mais peuvent encore transporter le pigment qui s'est formé de manière ou d'autre, en sens inverse, c'est-à-dire dans l'épiderme, étant en quelque sorte des ambocepteurs (Pautrier et Lévy 18). En vue de ces données il était intéressant de vérifier si la mélanine normale, renfermant le pigment, s'était conservée là où elle devait

(1) N.-B.

exister, c'est-à-dire dans la couche basilaire. J'employai, pour colorer, le procédé, peu démonstratif, de Buelschowskii et la technique simple, mais sûre d'après les données de la littérature) de Masson.

Malgré le soin extrême avec lequel j'appliquai la technique de ce mode de coloration, les résultats de mes multiples essais furent invariablement négatifs. Ceci me fournit une base pour affirmer, comme l'ont fait Pautrier et Diss, qu'il y a dans la maladie de Schamberg obstruction de la couche basilaire.



Microphotographie 2. — Atrophies cutanées.

La microphotographie (microphotographie n° 2) présente un tableau très clair de l'atrophie, comme étape finale du processus morbide : l'épiderme est aminci à l'excès. les glandes sont épuisées, pour ainsi dire comprimées, atrophiques, le tissu collogène très réduit. On y voit bien aussi l'absorbtion de l'infiltration sur les endroits anciennement atteints.

Quant au tissu élastique, sur les endroits où l'infiltration s'est produite, il est déchiré, relâché et écarté. Dans les couches plus profondes de la peau, il se conserve, même sur les espaces atrophiés, mais le dessin du tissu élastique est détérioré.

Sur les espaces périphériques du lambeau sectionné les follicules pileux et les glandes ne sont pas altérés ; sur les espaces atrophiés ils sont un peu comprimés.

Diagnostic différentiel

Il n'y a que 18 cas où la maladie de Schamberg ait été décrite d'une manière détaillée, et son aspect histologique n'a été étudié que sur 7 malades. Il est naturel que cette maladie, ayant été si peu étudiée, souleve souvent toutes espèces de réserves lorsqu'on en fait le diagnostic. Si aux Etats-Unis et en Angleterre l'existence de ce mal, comme affection indépendante n'éveille plus aucun doute, il n'en est pas de même sur le continent européen, surtout en Allemagne, où toute présentation de malades avec ce diagnostic, soulève infailliblement une discussion mouvementée sur la question : que doit-on entendre sous le nom de maladie de Schamberg, et comment la distinguer cliniquement du *Purpura annularis telangiectodes* Majocchi (P. M.) et de l'*Angioma serpiginosum* Hutchinson (A. S.). D'une importance particulière, sous ce rapport, ont été les séances de la Société dermatologique de Berlin du 30 octobre 1926, celle des dermatologues allemands à Francfort le 13 et 14 novembre 1926 et enfin celle des dermatologues à Hambourg en mars 1927, où, à propos des présentations de Bruhns (19), Fürst (20), Antoni (21), et Höft (22), certaines considérations furent exprimées au sujet du la diagnostic différentiel de cette maladie. En somme, autant qu'on en peut juger d'après les courts comptes rendus, Arndt, Rosenthal et Zieler se prononcèrent pour l'identité de P. M. avec M. S., que Lesser à son tour identifie avec A. S., ou bien, ce qui revient au même, aux « taches de Hutchinson ». Klingmuller suppose que cliniquement M. S. et P. M. sont parfaitement distincts, mais que la différence microscopique doit être précisée davantage. Hoffmann et Delbanco ne considèrent pas l'identité de P. M. et M. S. comme étant prouvée.

L'état de la question étant que M. S. malaladie rare, est encore peu étudiée, et que P. M. et A. S. avec lesquelles il faut la comparer, sont aussi des maladies peu fréquentes, on comprend

pourquoi au cours de ces dernières années les cas présentés de M. S. se soient accrus, avec des diagnostics interrogatifs : « M. S. ou P. M. » (HABERMANN) (23), ou M. S. ou A. S. (RACHBURGH) (24), etc.

Avant d'aborder le diagnostic de M. S., il n'est pas sans intérêt d'élucider quelle est la nature morphologique des éléments fondamentaux, des petites taches « poivre de Cayenne » dont l'ensemble constitue le tableau clinique de la maladie. Schamberg lui-même considérait que par leur aspect ces taches étaient un peu téléangiectasiques. Kingery en s'arrêtant sur le mécanisme possible par lequel se forme la pigmentation particulière de M. S., souligne l'origine hémoglobinique du pigment. D'après son avis, la formation du pigment est la conséquence de la sortie des érythrocytes *per diapedesin*. Zimmerlin et Lanzenberg ne disent rien sur le caractère hémorragique des « taches ». Nous lisons chez Templeton : « Un examen attentif a montré que cet espace brun était composé de petites taches brun rougeâtre, de différentes grandeurs, allant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois fendu en deux, confondues, dans la partie centrale et ayant formé une surface brune continue. A mesure qu'on s'approche de la périphérie, les petites taches séparées deviennent plus distinctes et s'isolent davantage »... On ne pouvait trouver ni lésions annulaires, ni taches de purpura, ni desquamation, ni atrophie » ... Cafferti nomme souvent « hémorragiques » ces petites taches, et la définition : « caractère hémorragique de la lésion », passe comme une notion fondamentale à travers toute sa description. Kingery, en s'arrêtant sur le mécanisme possible par lequel se forme la pigmentation propre de la M. S., souligne l'origine hémoglobinique du pigment. Taschiro, qui le premier a indiqué histologiquement les hémorragies dans la M. S., considère, en se basant sur ses propres données, que la maladie est une conséquence des hémorragies microcapillaires. DARIER (25) en parlant brièvement de la maladie de Schamberg, la considère comme « probablement hémorragique ». Les données que nous avons obtenues indiquent d'une manière déjà certaine le caractère hémorragique de l'affection, caractère se manifestant par une accumulation, confluente par endroits, des érythrocytes, formant comme des nids, accumulation suivie de leur altération. Par conséquent, nous ne pouvons être d'accord avec Templeton qu'il faille, dans le diagnostic différentiel escompter l'absence de l'élé-

ment du purpura lors de la dermatose pigmentaire progressive. Au contraire, c'est justement la pétéchie pointillée originale qui constitue l'élément essentiel de la M. S. La croissance périphérique de ces petites taches — les pétéchies — dépend, il est possible, non de l'agrandissement de ces pétéchies comme telles, mais du dépôt dans le tissu environnant de l'hémoglobine et de ses dérivés enlevés aux pétéchies par l'alcalinisation. Ainsi donc nous devons constater que le purpura joue un rôle aussi bien sur le tableau de P. M. que sur celui de M. S. Pourtant, à l'examen dermoscopique (Balzer, 26), les petites taches de purpura dans M. P. sont presque toujours annulaires, alors que les taches en grains de poivre de Cayenne de M. S., sont rondes, ne montrant rien d'annulaire, ainsi que cela a été confirmé sur notre malade. D'après Mac Kee (27) on distingue trois étapes au cours du P. M. : le stade angiectasique, le stade hémorragique pigmentaire, et celui d'atrophie. L'apparition du purpura est toujours précédée d'une ectasie. En tout cas la combinaison de l'ectasie avec le purpura constitue un trait caractéristique de P. M. Pour ce qui est de M. S., l'angiectasie au cours de son évolution est loin d'avoir été notée par tous les auteurs et ne l'a été qu'en passant (Schamberg, Sidlik), et de plus elle est sans lien aucun avec les taches de « poivre de Cayenne ». Pour notre cas, cliniquement, nous n'avons vu aucun phénomène rappelant, ne fût-ce que de loin, les formes que l'on connaît d'une dilatation stable des vaisseaux. D'après les descriptions existantes, les contours des foyers confluents dans P. M. ont une forme soit en arc, soit en anneau ; dans M. S. les contours sont tout à fait irréguliers, ce qui tient à la marche inégale du processus morbide dans différentes directions. Quant au diagnostic différentiel, ce qui me semble mériter une attention particulière, au cours de M. S., c'est l'apparition d'une pigmentation, presque uniforme couleur café au lait, où l'on voit ensuite apparaître de petites taches, faits observés sur notre malade. Probablement il se fait ici une imprégnation, abondante quoique faible, des couches supérieures de peau la par les érythrocytes, suivie d'une décomposition rapide de l'hémoglobine. Des recherches ultérieures démontreront à quel point Pautrier et Diss avaient raison en admettant qu'il pouvait y avoir, au cours de M. S., une pénétration dans les tissus, non seulement des érythrocytes, mais aussi de l'hémoglobine seule. Dans M. S. l'atrophie est loin d'être de rigueur et n'est pas d'un carac-

tère surtout folliculaire comme cela a lieu pour le P. M. (Balzer, Skomorovsky) (28). Chez notre malade, à côté d'une atrophie nettement marquée par endroits isolés, il y a de grands foyers morbides, où ne se montre qu'une atrophie des plus superficielles par ci, par là, et d'autres foyers de même importance, où l'on ne peut découvrir aucune atrophie. On peut considérer comme discutable, au point de vue pathologo-anatomique, pour le diagnostic différentiel, l'infiltration périfolliculaire dans P. M. et l'infiltration localisée autour des canaux sudorifères dans M. S. Comme on l'a dit plus haut, le pigment dans le P. M. est très fin, presque amorphe et distribué à peu près également, ce qui, d'après l'avis de Pautrier et Diss, le distingue du pigment sanguin dans les autres affections. De plus, ainsi qu'on peut aussi le voir par notre description, dans M. S. le pigment se trouve volontiers localisé autour des conduits et des glandes sudoripares. Les autres circonstances qui facilitent l'établissement du diagnostic différentiel, ce sont : la présence dans P. M. d'une dilatation considérable des vaisseaux, parfois de véritables ruptures, des gonflements anévrismatiques, des excroissances vasculaires, des lésions dans les parois vasculaires de la nature des endarterites ou des phlébites oblitérantes, telles que le processus morbide embrasse aussi les vaisseaux de l'hypoderme (Kirle) (29). Dans la maladie de Schamberg il n'y a qu'une légère lésion des vaisseaux qui se réduit à une prolifération ou à une turgescence des cellules de l'intima, ou bien à une néoformation des capillaires. Nous ne voyons pas assez de données suffisantes dans ce qui vient d'être exposé, pour identifier M. S. avec P. M. On confond aussi M. S. avec *l'Angioma serpiginosum*, auquel Wise (30) a consacré un travail spécial. Schamberg lui-même indique une certaine ressemblance avec cette maladie. D'après Wise, on peut distinguer 7 stades dans l'altération de la peau, au cours de l'A. S. : 1) petites taches rouges brillantes, de la grosseur d'une tête d'épingle, 2) foyers de diffusion d'une rougeur uniforme, 3) papules vasculaires légèrement proéminentes, 4) anneaux vasculaires rouges, 5) réseau de lignes croisées inégalement, 6) foyers pigmentaires et 7) espaces atrophiés. Au microscope on remarque une parakératose du côté de l'épiderme, un œdème inter et intracellulaire de la couche malpighienne, et une désorganisation de la couche basale. En résumant, on peut énumérer les caractères suivants, comme distinguant A. S. de

M. S. : 1) l'élément principal de l'affection est non une pétéchie, mais un angiome menu qui augmente graduellement, 2) cet angiome dépasse le niveau normal de la peau comme une fine papulation, 3) les taches plus grandes ont une forme annulaire, 4) il se produit des altérations sérieuses dans l'épiderme. Les altérations ainsi décrites font qu'il est impossible de supposer qu'il s'agisse d'A. S. dans le cas de notre malade. Enfin il faut rappeler dans A. S. la pigmentation hémosidérique des extrémités inférieures, décrite surtout dans la littérature médicale française sous les noms de « Dermatose pigmentée des jambes », ou « Dermite jaune d'ocre ». La pigmentation, combinée avec des hémorragies, parfois punctiformes, rappelle M. S. et peut offrir une cause d'erreur dans le diagnostic. En règle, il faut, pour que ce mal curieux puisse se déclarer, qu'il y ait un dérangement local ou général de la circulation (dilatation des veines, artériosclérose), ou dans l'échange des matières (diabète, goutte, néphrite). Aucune corrélation de ce genre n'a été notée pour M. S. « L'idée de certains dermatologues », écrit Schamberg dans son dernier travail, « que la maladie décrite (M. S.) présente simplement une dermatite hémostatique avec des épanchements du sang dans la peau, doit être rejetée, du fait que dans la M. S. des taches éruptives se rencontrent aussi sur les fesses et à l'alentour de l'anus et en d'autres endroits ».

L'étiologie de la maladie de Schamberg est aussi obscure que celle de beaucoup d'autres dermatoses. La cause immédiate de M. S. paraît être quelque affection des parois vasculaires, qui comme résultat les rend perméables au passage des érythrocites et peut-être de l'hémoglobine. Mais qu'est-ce qui provoque cette lésion? Si elle découle d'une action d'agents toxiques, ceux-ci d'où proviennent-ils? Notre malade n'a aucune prédisposition hémorragique, ne présente pas d'affections des amygdales ; il a des dents superbes, une digestion parfaite, malgré une quantité un peu diminuée d'acide chlorhydrique ; les données cliniques quant à la syphilis et à la tuberculose sont négatives. On a constaté chez lui le *Trichocephalus dispar*, mais il serait irrationnel de tirer de ce fait des conclusions prématurées. De même la question quant au lien entre M. S. et une augmentation de la quantité de cholestérine dans le sang, signalée par Schamberg chez trois malades, elle demande à être vérifiée sur des matériaux plus abondants. Chez mon malade la cholestérine

dans le sang ne dépasse pas la quantité normale. Pour élucider le rôle que peut jouer un traumatisme au cours de M. S., j'ai scarifié, il y a déjà deux mois, de la manière habituelle, la peau sur le pied droit de mon malade, de façon à ce que les quatre scarifications formassent un petit carré. Maintenant on voit nettement un carré hémorragiquement pigmenté, correspondant rigoureusement à la scarification. Malgré l'absence du symptôme de Laege ont doit cependant admettre, en se basant sur ce qui précède, qu'il existe dans la maladie de Schamberg une vulnérabilité particulière des vaisseaux. D'un autre côté, le phénomène, qui a lieu après la scarification, peut être envisagé comme l'effet isomorphe d'une irritation locale (symptôme de Köbner) (31).

Thérapeutique de M. S. Dans la plupart des cas, le traitement n'a pas réussi. Nous avons tenté chez notre malade le traitement au chlorure de calcium, cité dans le travail de Balzer, mais il n'a pas eu le moindre succès. Le traitement local par la neige carbonique, proposé par Templeton, aurait sa raison d'être si le mal ne faisait pas de progrès.

Le ~~diagnostic~~ pronostic est complètement favorable *quo ad vitam*, mais apparemment ne l'est pas quant à une guérison parfaite. Il n'est pas rare que la durée du mal se compte par années (Schamberg, Fox Calcott, Adamson, etc.).

Jusqu'à présent il n'y a pas dans la littérature médicale d'indications sur la guérison spontanée. Chez notre malade, la croissance lente, mais ininterrompue des anciens foyers continue. On constate aussi l'apparition de nouvelles éruptions.

Conclusions

1. La maladie de Schamberg est une forme de maladie indépendante.

2. Les petites taches « poivre de Cayenne » de la maladie de Schamberg constituent une pétéchie spéciale.

3. Une pigmentation terne, diffuse, peut précéder parfois l'apparition des taches « poivre de Cayenne ».

4. L'infiltration pénètre dans les couches profondes de la peau, surtout par les canaux sudorifères.

5. Le pigment hémosidérique est apporté du derme dans la couche basale et dans les parties inférieures de la couche épi-

neuse, refoulant hors de la couche basale le pigment normal contenant de la mélanine.

6. Dans les couches profondes de la peau le pigment manifeste la tendance à s'accumuler de préférence autour des canaux et des glandes sudoripares.

7. Comme résultat d'un développement régressif, la maladie de Schamberg peut produire l'atrophie, constatée cliniquement et microscopiquement.

8. La dermatose pigmentaire progressive n'est pas accompagnée d'altérations vasculaires de quelque importance.

En terminant je me fais un devoir de remercier M. le Prof. Ephron, Directeur de l'Institut, et le Prof. Demianovitch pour les conseils bienveillants et l'intérêt qu'ils ont accordé à mon travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schamberg. — *Brit. j. of Dermat.*, 13, 1, 1901.
2. Kingery. — *J. ent. dis.* 36, 166, 1918.
3. Rinsema. — *Acta derm.-venereol.* B. 6, H. 3, 1925.
4. Tashiro. — *Anal. Zent. f. Haut- u. Gesch.* B. XVIII, H. 12, 1926.
5. Cafferti. — *Arch. of derm. and syph.* n° 1, vol. 14, 1926.
6. Zimmerlin et Lanzenberg. — *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syphil.* n° , 1926.
7. Templeton. — *Arch. of derm. and syph.*, n° 2, 1927.
8. Schamberg. — *The british j. of dermat. and syph.*, vol. XXXIX, n° 10, 1927.
9. Roxburgh. — *Proc. of the roy soc. of med.* B. 18, n° 5, 1925.
10. Mac Cormak. — *Proc. of the roy. soc. of med.* B. 19, n° 6, 1926.
11. Jamieson. — *Arch. of derm. and syph.* B. 14, n° 4, 1926.
12. Beesan. — Analyse. *Zent. für H. und Gesch.* B. XVI, H. 5.
13. Parkhurst. — *Arch. of d. and syph.* B. 11, n° 2, 1925.
14. Dowling. — *Proc. of the roy. soc. of med.* B. 19, n° 2.
15. Michelson. — *Arch. of derm. and syph.* B. 13, n° 3, 1925.
16. Sidlik. — *Arch. of derm. and syph.* B. 1, n° 4, 1927.
17. Pautrier et Diss. — *Ann. de dermat. et syph.*, n° 7, 1927.
18. Pautrier et Lévy. — *Ann. de dermat. et syph.*, n° 12, 1924.
19. Bruhns. — *Dermat. Zeit.* B. 50, H. 4, 1927.
20. Fürst. — *Dermat. Zeit.* B. 50, H. 1, 1927.
21. Antoni. — *Dermat. Woch.* n° 34, 1924.
22. Höft. — *Derm. Woch.* n° 34, 1927.
23. Habermann. — *Dermat. Zeit.* B. 50, H. 4, 1927.
24. Rachburgh. — Analyse. *Zeit. f. Haut. und G. B.* XVIII, H. 9/10, 1926.
25. Darier. — *Précis de Dermat.* Ed. 1923, p. 385.
26. Balzer. — *Ann. de derm. et syph.*, n° 10, 1926.
27. Mac Kee. — *The j. of cut. Dis.* 1915, p. 129, 186, 280.
28. Skomorovsky. — *Russ. West. Dermat.* 4, 1925.
29. Kyrle. — *Vorlesungen über histo-Biologie u. s. w. Ausg.* 1925, B. II.
30. Wise. — *J. of ent. dis.*, oct.-nov. 1913, pp. 725 and 916.
31. Klara Fischer. — Analyse. *Dermat. Zeit.* 1914, p. 272.
— *Arch. für Derm. und Syph.* B. 153, H. 2, 1927.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1928.

Le Bulletin Médical (Paris).

Deux cas d'aménorrhée au cours de l'hérédo-syphilis, par L. Périn *Bulletin Médical,* 42e année, no 24, 9 juin 1928, p. 643.

Extrait du *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* avril 1928. H. Rabeau.

Comment conduire le traitement d'une uréthrite chronique, par J. Mock. *Bulletin Médical,* 42e année, no 25, 16 juin 1928, p. 666.

Il n'y a pas une goutte chronique mais des gouttes chroniques, chacune de cause différente. C'est cette cause qu'il faut découvrir, celle-ci trouvée on guérira son malade. Trois règles : faire des examens bactériologiques, faire un toucher rectal, ne pas traumatiser l'urètre avant d'être renseigné sur la nature de la goutte. Suivent une série de conseils dans chaque cas envisagé. H. Rabeau.

L'ulcère chronique simple de la vulve, par Cl. Simon. *Bulletin Médical,* 42e année, no 26, 20 juin 1928, p. 685.

Cet ulcère que l'on observe surtout chez les prostituées âgées est caractérisé :

Par son siège à la fourchette, par sa forme arrondie plus ou moins régulièrement quand on écarte la vulve par ses bords en forme de bourrelet d'un aspect et de consistance cicatriciels, le bourrelet pouvant ne pas entourer complètement l'ulcération, par l'indolence absolue, par l'évolution torpide, la résistance à tous les traitements locaux et généraux. Les recherches biologiques ont donné des résultats négatifs; l'histologie qui permet d'éliminer toute tumeur maligne n'est pas caractéristique. Cet *ulcus vulvœ simplex chronicum* évolue seul sans lésion rectale. Il semble avoir une individualité certaine et est de ce fait intéressant à connaître. H. Rabeau.

Chirurgie esthétique, par Mme Noël *Bulletin Médical,* 42e année, no 27, 23 juin 1928, p. 717.

L'auteur montre les nombreuses indications de cette chirurgie spéciale qui s'est beaucoup développée, et la perfection à laquelle peuvent atteindre les corrections. Ce ne sont pas des résultats durables et on ne peut arrêter le cours des années, mais les cicatrices sont si minimes et si bien dissimulées qu'on peut recourir à une nouvelle intervention si la distension ou l'affaissement se reproduisaient de nouveau. H. Raleau.

La Presse Médicale (Paris).

L'hématémèse dans le tabès, par Hudelo et Rabut *Presse Médicale*, 36e année, n° 47, 13 juin 1928, p. 739.

L'hématémèse doit occuper une place nettement définie dans la symptomatologie du tabès. La syphilis est capable de déterminer une ulcération indépendante de toute gastropathie antérieure et qui pourrait être rangée dans le domaine de la parasyphilis soit qu'elle agisse par vascularite et thrombose, soit qu'intervienne un trouble trophique qui pourrait relever du tabès. Elle mérite d'être connue en raison des erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner ; mais inversement la constatation d'une crise gastrique tabétiforme ne doit pas toujours faire rejeter l'hypothèse d'un ulcus ou d'un néoplasme.

H. Rabeau.

La constante d'Ambard et ses variations chez les hérédo-syphilitiques, par R. Onfray. *Presse Médicale*, 36e année, n° 49, 20 juin 1928.

La constante d'Ambard est mauvaise ou médiocre chez les 2/3 des hérédo-syphilitiques, mais une mauvaise constante n'est pas un obstacle au traitement spécifique. Bien plus une constante mauvaise s'améliore par le traitement en même temps que l'état général.

H. Rabeau.

La Tribune Médicale (Paris).

L'autosérothérapie, par P. Busquet. *La Tribune Médicale*, 62e année, n° 6, juin 1926.

Revue des travaux sur cette méthode envisagée au point de vue de ses applications générales et non spécialement dermatologiques.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

De l'importance de la syphilis en pathologie cardio-vasculaire, déductions thérapeutiques, par C. Lian. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 25, 14 juin 1928, p. 477.

Extrait de la communication à la Société médicale des hôpitaux, 2 décembre 1927, analysée dans ces *Annales*. H. Rabeau.

A propos du traitement des aortites syphilitiques, la base anatomique des notions de syphilis de l'aorte et d'aortite syphilitique, par G. Caussade et A. Tardieu. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 28, 7 juin 1928, p. 453.

Extrait de la communication à la Société médicale des hôpitaux, 2 décembre 1927, analysée dans ces *Annales*. H. Rabeau.

Le traitement antisyphilitique chez les cardiaques, par Ch. Aubertin. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 25, 21 juin 1928, p. 497.

Extrait de la communication à la Société médicale des hôpitaux, 2 décembre 1927, analysée dans ces *Annales*. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux.

Les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien après la malariothérapie, par Em. Paulian. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 22, 28 juin 1928, p. 1073.

P. a traité un grand nombre de malades mais pour beaucoup il n'a pu avoir le contrôle biologique. Il publie 8 observations de sujets chez lesquels en même temps que l'amélioration clinique il a pu constater les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et dans certains cas le retour à la normale. A cet égard la malariothérapie semble très nettement supérieure aux autres traitements et P. estime qu'il faut toujours l'utiliser dans les affections nerveuses syphilitiques. H Rabeau.

Evolution anormale d'une anite chancrelleuse au cours du traitement par le Dmelcos, par A. Cain et Uhry *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 21, 15 juin 1928, p. 1021.

Malade atteint d'anite chancrelleuse très étendue. Six injections de Dmelcos apportent une légère amélioration au début, puis après cessation du traitement, les chancrelles se creusent, s'étendent, suppurent ; reprise du traitement par le Dmelcos et guérison rapide. Les auteurs pensent que les premières injections, faites en période défavorable, en phase négative, ont déterminé un état d'anergie qui s'est traduit par une recrudescence de l'infection, véritable rechute. Les secondes ont trouvé l'organisme dans des conditions de réceptivité favorable et provoqué une guérison rapide. H. Rabeau.

Varicelle et zona, par J. Comby. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 21, 15 juin 1928, p. 1009.

C. défenseur de la théorie dualiste s'élève contre les arguments des unicistes, à propos de l'observation de Esquier. C'est l'occasion pour Netter de développer longuement son argumentation et d'apporter toutes les observations qu'il a pu réunir. Flandin reconnaît comme démontrée la thèse de Netter qui repose sur des preuves histologiques, biologiques, expérimentales, cliniques et épidémiologiques.

H. Rabeau.

Syphilis traumatique du cerveau, par C. I. Urechia et P. Goldemerg. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 19, 7 juin 1928, p. 959.

Infection syphilitique en 1922, traumatisme crânien en 1925, phénomènes psychiques démentiels après une année, paralysie générale confirmée deux ans après (Aucune indication sur le traitement de la syphilis du début). H. Rabeau.

Syndrome protubérantiel syphilitique, par C. I. Urechia et I. Grotze. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 19, 7 juin 1928. p. 957.

Observation d'une jeune femme qui fait brusquement un syndrome

protubérantiel caractérisé par une hémianesthésie alterne avec, du côté droit, paralysie du facial et du moteur oculaire externe et hyperesthésie du trijumeau. Le Bordet-Wassermann du sang est positif Les réactions du liquide céphalo-rachidien négatives. Un traitement antisyphilitique donne un résultat excellent. H. Rabeau.

Zona et varicelle coexistant chez le même malade, par G. A. Esquier. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 44e année, n° 19, 7 juin 1918, p. 953.

Observation d'un malade présentant une varicelle typique avec exanthème buccal, et un zona intercostal non moins caractéristique. Les éléments zonateux et varicelleux ont évolué en même temps. Cette observation s'ajoute à celles réunies par Netter pour démontrer l'unicité des virus zonateux et varicelleux. H. Rabeau.

Lyon Médical.

Contribution à l'étude de la stomatite impétigineuse, par Gaté et Aulagnier. *Lyon Médical*, t. CXLI, n° 23, 3 juin 1928, p. 636.

Les auteurs rapportent une observation de stomatite coexistant avec de l'impétigo des téguments. Dans ces cas là, il s'agit d'une localisation rare d'un impétigo banal ; le diagnostic est relativement facile.

La stomatite impétigineuse primitive est plus rare.

Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer un cas dans lequel la guérison est rapidement survenue par un traitement local.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

La protéase des champignons cutanés pathogènes (Die Protease der pathogenen Hautpilze), par Asla v. Mallinekrodt-Haupt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 493.

Ces dernières années différents auteurs se sont appliqués à l'étude des milieux nutritifs et des conditions physiques indispensables pour la multiplication d'un microorganisme déterminé, c'est-à-dire du métabolisme basal de ces microorganismes. Mais les relations entre la virulence, la toxicité et le métabolisme basal des champignons ont été laissées de côté. L'auteur s'est occupée de cette question. Comme la production des ferments joue un grand rôle dans le métabolisme M. apporte dans son travail des méthodes exactes pour mesurer les ferments qui produisent la décomposition des albumines.

Les cultures du trichophyton furent choisies comme type d'un champignon localisé principalement à la peau et celles du sporotrichum de de Beurmann comme champignon donnant une infection généralisée. Les résultats furent les suivants :

1° Les champignons cutanés pathogènes forment une protéase décelable dans les milieux liquides ainsi que dans les milieux solides ;

2° Examen de la trypsine des champignons : on peut l'obtenir comme la trypsine animale sous forme de poudre et la dissoudre de nouveau dans $n/40$ d'ammoniaque. Mais il est difficile de déterminer la concentration optima en ions d'hydrogène, car la trypsine est probablement composée d'un mélange de ferments. L'optima pour le ferment non purifié semble être située pour la caséine voisine de pH 7,0 pour la gélatine de pH 8,9. Il ne sera pas possible de déterminer un optimum pour l'action pure de la trypsine que lorsqu'on pourra examiner l'érepsine.

D'après les résultats obtenus on peut exactement déterminer la force du ferment des différentes cultures ou d'une seule culture dans des conditions différentes et de cette façon une base est donnée pour des recherches sur certaines questions biologiques obscures encore, comme par exemple la dépendance de la production des ferments des différents milieux nutritifs, les relations entre cette production avec les toxines, la virulence, etc. OLGA ELIASCHEFF.

Contributions expérimentales à la question des dermatomycoses hématogènes (Experimentelle Beiträge zur Frage der hämatogenen Dermatomykosen), par SMOLKA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 519.

Poursuivant les recherches de Kogol faites dans le service du professeur Jadassohn, S. complète ces recherches et obtient les résultats suivants :

1° S. réussit à provoquer des foyers cutanés mycosiques chez des cobayes après une injection d'une émulsion de l'*Achorion quinckeaneum* dans le sang et après une irritation et une stase locale jusqu'à 24 heures après l'injection. Ce délai passé les résultats sont négatifs ;

2° L'injection faite de une 1/2 à une heure *avant* l'irritation où la stase donna des résultats positifs ; ils furent négatifs si l'injection fut pratiquée 5 heures après ;

3° On trouve seulement pendant les premières douze heures des cultures dans le sang du cœur des animaux infectés par voie sanguine ;

4° S. cultiva régulièrement des champignons dans la peau prélevée sur les endroits irrités ou soumis à une stase, si la biopsie fut pratiquée une heure après l'injection. Dans des intervalles plus longs la présence des champignons fut irrégulière ;

5° Les essais de réinfection des animaux, soit par voie sanguine, soit cutanée, infectés après la première injection hématogène restèrent négatifs ;

6° Les animaux infectés par voie sanguine dont la peau fut soumise préalablement ou non soumise à des irritations ou à une stase et qui ne présentèrent aucune réaction cutanée furent de nouveau infectés par voie sanguine et soumis à une nouvelle irritation locale. Cette fois-ci ils présentèrent presque toujours des foyers mycosiques cutanés. Les mêmes résultats furent obtenus par une réinfection cutanée. Les animaux ne furent donc pas immunisés. OLGA ELIASCHEFF.

Contributions clinique et expérimentale à l'idiosyncrasie vis-à-vis du poisson et à la guérison par désensibilisation (Klinischer und experimenteller Beitrag zur Fisch-Idiosynkrasie und ihre Heilung durch Desensibilisierung, par O. Grütz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 532.

Observation très détaillée d'un cas d'idiosyncrasie vis-à-vis du poisson chez une jeune fille atteinte d'un eczéma récidivant. Cette malade présenta un état général très alarmant non seulement après ingestion de poisson, mais aussi après application locale d'un extrait aqueux de poisson cru. Désensibilisation progressive par injections intradermiques et sous-cutanées méthodiques à doses progressives d'un extrait cuit de poisson (extrait préparé d'une façon spéciale) et par ingestion de poisson.

On ne doit pas dans l'idiosyncrasie, d'après les recherches de l'auteur, incriminer les albumines parce que même les dialysats de poisson dépourvus d'albumine provoquèrent chez sa malade des crises idiosyncrasiques. Cette opinion s'accorde avec celle de W. Jadassohn, qui est d'avis que dans la sensibilisation les albumines ne jouent pas le rôle que l'on leur attribue. Olga Eliascheff.

Contributions à l'étude de l'érythème migrans (Lipschütz). Erythème papulo-circiné migrateur et chronique (Darier) (Beitrage zur Kenntnis des Erythema migrans (Lipschütz). Erythème papulo-circiné migrateur et chronique (Darier)), par Walter Freudenthal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 581, 5 figures.

Observations de 9 cas de l'érythème migrans de Lipschütz. D'après l'auteur cette maladie devrait être considérée comme une réaction cutanée spéciale due à des infections d'origines différentes. Plusieurs des cas publiés par F. présentèrent des atypies : dans les deux premiers les lésions présentèrent une bordure squameuse, comme dans le pityriasis rosé de Gibert et elles récidivèrent toujours aux mêmes endroits sur les parties inférieures de l'abdomen. Cette forme mérite la dénomination de forme « fixe ». Les autres cas furent tout à fait atypiques : on constata des lésions érythémato-papuleuses circinées et serpigineuses sur la face, lésions disposées presque symétriquement. L'examen histologique montra un infiltrat très prononcé composé de lymphocytes. Olga Eliascheff.

Sur la question de la pachydermie vorticellée du cuir chevelu (Zur Frage der Cutis verticis gyrata (Jadassohn-Unna), par H. E. Naumann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 593, 3 figures.

Un malade atteint d'acromégalie présenta une pachydermie vorticellée du cuir chevelu et en même temps des formations analogues « microgyri » sur les éminences thénar. L'examen histologique montra des lésions et un œdème du tissu conjonctif. Olga Eliascheff.

Sur une forme peu observée de l'épidermophytie inguinale « type érythrasmoïde de l'eczéma marginé (Ueber eine weing beachtete Form der inguinalen Epydermophytie : « Type érythrasmoïde « des Eczema

marginatum), par C. L. Karrenberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 605.

L'auteur observa plusieurs cas de lésions inguinales très superficielles se présentant cliniquement sous l'aspect d'un érythrasma typique. L'examen microscopique et les cultures montrèrent un épidermophyton inguinale. Olga Eliascheff.

Sur la question de l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn (atrophia cutis maculosa idiopathica) en tenant spécialement compte de son histologie (Zur Frage der Jadassohnschen Anetodermia erythematosa (Atrophia cutis maculosa idiopathica) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Histologie), par Eugénie Benjamowitsch et L. N. Maschkilleison. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 611, 4 figures.

Observation clinique et examen histologique de deux cas d'anétodermie de Jadassohn. Dans un de ces cas les lésions siégèrent d'un seul côté sur la hanche et la jambe. L'examen histologique de deux lésions biopsiées, dont une lésion jeune, montra dans cette dernière un minime infiltrat lymphocytaire, en partie seulement périvasculaire; aucune lésion vasculaire. L'anétodermie peut donc commencer sans signe d'inflammation. On peut trouver, à côté des modifications du tissu élastique typiques de l'anétodermie, une dégénérescence du tissu collagène. Ces deux processus se développent indépendamment. La dégénérescence tout à fait atypique du tissu collagène observée par les auteurs fut caractérisée par la présence de foyers composés de fragments basophiles non homogénéisés très distincts. Ces fragments ne prennent pas les colorants spécifiques du tissu élastique.

Les auteurs confirment l'opinion d'Oppenheim que la présence de cellules graisseuses dans les couches du derme est caractéristique de l'anétodermie. Olga Eliascheff.

Sur un cas de lèpre avec troubles uniquement de la sensibilité (Ueber einen Fall von Lepra mit rein sensiblen Symptomen, par Yoshisada. Ihara. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 634, 3 figures.

L'auteur a observé un cas de lèpre nerveuse sans taches ni autre symptôme cutané. Présence uniquement de troubles symétriques de la sensibilité ment dans les deux extrémités supérieures et de nodules assez volumineux dans la région des plis cubitaux. Une biopsie portant sur une partie d'un nodule fut examinée histologiquement. Le nodule était constitué par un tissu conjonctif riche en foyers de dégénérescence hyaline et d'un grand nombre de cellules adipeuses. Dans la masse hyaline quelques foyers de nécrobiose et une légère calcification. Amas de cellules lymphocytaires et disséminées, en petit nombre, des cellules ressemblant aux cellules lépreuses ou au soi-disant globi lépreux. Pas de bacilles dans ces cellules. Cette structure histologique est peu commune dans la lèpre.

Présence de bacilles de Hansen dans le mucus nasal et dans le sang circulant. Les bacilles du sang semblèrent moins acido- et alcoolo-résistants. Olga Eliascheff.

Sur l'épilation par l'acétate de thallium resp. sa combinaison avec les rayons X dans les mycoses des poils (Ueber Thallium-aceticum-Epilation bzw. ihre Combination mit Röntgenstrahlen bei Haarpilzerkrankungen), par H. Kleinmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928, p. 640.

La méthode de dépilation par l'acétate de thallium est très recommandée par l'auteur, surtout dans les régions dépourvues d'installations de rayons de Rœntgen. Elle paraît être la meilleure méthode et supérieure aux rayons dans le bas-âge. Les rayons X peuvent alors être dangereux en produisant une alopécie définitive et des troubles dans le développement du cerveau infantile. Mais il est nécessaire, pour diminuer les effets toxiques du médicament, d'arriver à une standardisation biologique des préparations employées et de n'utiliser qu'un médicament fraîchement préparé. Olga Eilascheff

Infection concomitante par trois espèces de trichophyton (Gleichzeitige Infektion mit drei verschiedenen Trichophytonarten. Ein Beitrag zur Kasuistik der seltenen Dermatomykosen), par C. L Karrenberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, n° 3, 1928.

L'auteur cultiva trois espèces de trichophytons des lésions que présenta une fillette de 8 ans. Un trichophyton faviforme blanc d'une lésion du cuir chevelu (*Trichophyton ectothrix* à grosses spores), un trichophyton cérébriforme (Trich. Neo-Endothrix, forme de passage entre le trichophyton humain et animal) et un *Trichophyton niveum denticulatum* (*Trichophyton ectothrix* à petites spores microïdes de Sabouraud) dont les deux derniers du même foyer d'une lésion du dos de la main. Olga Eliascheff.

L'influence des etfluves de haute fréquence (effluves de d'Arsonval) sur la peau Der Einfluss der Hochfrequenzströme (d'Arsonval-Strœme) auf die Haut), par J. J. Schimanko et L. S. Berman. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t CLIV, n° 3, 1928, p. 679, 8 figures.

Travail expérimental sur l'influence des effluves de haute fréquence sur la peau. Pour déterminer les modifications dans les cellules de la peau pendant les variations de l'état biologique cutané les auteurs examinèrent les facultés de la réaction cutanée vis-à-vis de substances toxiques. Ils utilisèrent comme « indicateurs » la tuberculine, la trichophytine, les vaccins antivariolique, antigonococcique, etc. Les résultats cliniques sont les suivants : les effluves de haute fréqueuce et la décharge des étincelles qui se développent agissent différemment sur la peau. Les étincelles semblent plus efficaces. La décharge agit de deux manières : 1° d'une façon purement mécanique ; 2° en amenant une modification de la réaction cutanée, une sensibilisation. La méthode bipolaire a une action traumatique plus forte, l'action de sensibilisation est moins prononcée. Les effets combinés, l'action mécanique et biologique expliquent la grande influence thérapeutique des effluves dans le sens d'une amélioration de la circulation, d'une régression plus rapide des processus pathologiques. On peut observer l'apparition de symptômes d'intolérance pendant le traitement, une forte irritation de la peau, des démangeaisons dues à

une sensibilisation par les effluves. L'emploi de grandes étincelles est alors contre-indiqué, il est plus utile d'employer dans ces cas le courant sans étincelles. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la question du thiosulfate de soude (Zur Frage des Natrium thiosulfats), par M LEWIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 25, 23 juin 1928, p. 832.

Si l'on interroge le fonctionnement hépatique en examinant la tension superficielle des urines, on constate que l'administration du thiosulfate de soude diminue notablement le nombre des cas ou l'administration du néosalvarsan agit défavorablement sur le foie.

CH. AUDRY.

Traitement du lupus érythémateux par le chrysolgan (Zur Krysolgan Behandlung des Lupus Erythematodes), par J. MALKIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 26, 30 juin 1928, p. 852.

Le chrysolgan constitue le meilleur mode de traitement du lupus : 24 guérisons, 23 améliorations considérables ; 16 améliorations, 4 échecs.

On a peu d'accidents à craindre, si l'on agit avec prudence.

CH. AUDRY.

L'ephetonine dans l'eczéma (Ephetonin bei Ekzem), par Th. SACK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 25, 23 juin 1928, p. 821.

L'ephetonine est un alcaloïde de synthèse destiné à être substitué à l'ephedrine. L'ephetonine administrée aux eczémateux a une action favorisante manifeste du traitement ordinaire de l'eczéma (à comparer à l'action exercée par l'ephetonine sur les asthmatiques).

CH. AUDRY.

De l'emploi du thallium comme dépilant des teignes (Uber die Anwendung des Thalliums als Depilationmittel bei Bekämpfung der Pilzkrankungen der Haare), par DUCHAN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 25, 23 juin 1928, p. 826.

Les teigneux sont si nombreux en petite Russie (30.000) que la radiothérapie devient impossible et le thallium s'y substitue avantageusement à cause de sa simplicité et de son efficacité. Sur 85 cas traités par D. il a eu 10 fois des accidents légers. Chez les enfants voisins de la puberté, D. conseille l'association des 2 méthodes. Dans la dernière méthode D. donne 0,004 de thallium par kilo, et 0,008 quand il utilise le thallium seul. CH. AUDRY.

Influence exercée chez le rat sur l'épilation au thallium par les hormones (Ueber die Beeinflussung der Thallium epilation durch Hormone bei Ratten), par K. v. BERDE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 24, 16 juin 1928, p. 793.

L'extrait de thymus accélère et rend plus complète l'épilation chez les rats auxquels on administre du thallium.

L'administration thymus-thallium accélère la mort des rats dans un huitième des cas. L'administration de la parathyroïde a été beaucoup moins active, et celle de thyroïde, sensiblement moins.

Ch. Audry.

Résorption et élimination du myosalvarsan (Ueber Resorption und Ausscheidung des Myosalvarsans), par Nathan et Fischer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 24, 16 juin 1928, p. 813.

La résorption et l'élimination urinaire du myosalvarsan administré en injection intrafessière est sensiblement comparable à celle qui suit l'administration d'autres arsénobenzènes ; du néosalvarsan en particulier. Elle diffère de celles qui suivent le sulfoxylatsalvarsan par l'absence de l'exagération de l'élimination qui se produit de la 3e à la 9e heure.

Ch. Audry.

La lutte contre la syphilis en Turquie (Der Kampf gegen die Syphilis in der Turkei und die in einem Jahrhundert erzielten Erfolge), par Houloussi Behdjet. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 23, 9 juin 1928.

C'est vers 1881 qu'on a commencé en Turquie à se préoccuper de la lutte contre la syphilis. V. Düring y a énergiquement contribué. En 1921, a été étudié une loi dont B. reproduit les 10 articles. De 3.378 femmes contrôlées à Constantinople en 1919, le nombre est tombé à 1.177, et le nombre des syphilitiques, parmi elles, de 1.152 à 44. La proportion des syphilitiques dans l'hôpital réservé aux maladies nerveuses est de 37,8 o/o en 1926. La campagne antisyphilitique a considérablement réduit le nombre des contaminations. Les grandes lésions ostéocutanées si fréquentes autrefois ont à peu près disparu. La proportion des tabès et paralysie générale ne dépasse pas 3 o/o, malgré la fréquence de la malaria.

Ch. Audry.

Sur la clinique du purpura. Un cas de purpura constitutionnel (forme de Frank) (Zur Klinik der Purpura. Ein Fall von konstitutionneller Purpura (Frankschen Form), par E. M. Lewin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 23, 9 juin 1928, p. 749.

Observation accompagnée d'un examen histologique qui conduit l'auteur à conclure que le rôle des altérations de l'endothélium vasculaire est primordial.

Il pense qu'il s'agit de la forme constitutionnelle de Frank, distincte du type de Werlhof (acquis) (L. a réussi l'exploit de faire un exposé historique sans écrire un seul nom français).

Ch. Audry.

Erythème noueux avec résultat bactériologique exceptionnel (Ein Fall von Erythema nodosum mit seltenem Bakterienbefund), par L. Stein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVI, n° 23, 9 juin 1928, p. 755.

Erythème polymorphe fébrile chez un homme de 32 ans ; un nodule hématomateux et suppuré fournit du staphylococcus blanc.

Ch. Audry

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur l'exanthème initial de l'infection tuberculeuse infantile (Uber das Erstexanthem der kindlichen Tuberkulose-Infektion), par K. Kundratiz. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLI, n° 25, 28 juin 1928, p. 921.

En 1923, Uffenheimer a décrit un exanthème plus ou moins morbiliforme constituant, avec la fièvre, le premier signe d'une infection tuberculeuse chez l'enfant. K. en donne une observation typique : l'éruption apparut 2 mois après une rougeole typique chez un enfant de 2 ans vivant en milieu infecté et chez lequel le Pirquet était encore négatif (au moment de la rougeole). L'éruption d'abord morbilliforme évolua vers le type érythème noueux. Le Pirquet était devenu positif. L'exanthème initial d'Uffenheimer et l'érythème noueux répondent à des manifestations allergiques. Ch. Audry.

Archives of Dermatology and Syphilology (*Chicago*).

L'élimination du mercure après les injections intramusculaires de bromure de Hg, après les frictions, et après les frictions suivies de nettoyage, par Cole, Gammel, Rauschkolb, Schreiber et Sollmann. *Archives of Dermatol. and Syph.*, vol. XVII, n° 5, mai 1928, p. 625.

Le mercure a été dosé dans les urines et les matières après des injections intramusculaires de bromure double de Hg et de Na, après des frictions suivies d'enveloppement de la région et des frictions suivies d'un nettoyage soigneux à la benzine.

L'élimination varie plus suivant les individus, que suivant la méthode de traitement. D'une façon générale les malades éliminent le plus de mercure après les frictions avec enveloppement ouaté consécutif, le moins après les frictions suivies de nettoyage. Le rapport de l'élimination urinaire et fécale varie suivant la technique employée : le mercure introduit par injections s'élimine surtout par les urines, celui des frictions par les matières. S. Fernet.

Urticaire ; étude expérimentale, par A. et M. Walzer. *Archives of Dermatol. and Syph.*, vol. XVII, n° 5, mai 1928, p. 658, 9 fig.

Lorsqu'on injecte dans le derme d'un sujet normal quelques gouttes de sérum d'un sujet sensibilité à une protéine alimentaire, on constate que ce sujet normal présente à la suite de chaque ingestion de la même protéine, une réaction urticarienne dans la région où l'on avait injecté le sérum du sujet sensibilisé.

Les auteurs ont procédé de la manière suivante : 0,02 à 0,05 centimètre cube de sérum d'un individu sensibilisé aux œufs étaient injectés dans le derme d'un sujet normal au bras droit. Au bras gauche on faisait, comme contrôle, une injection d'un sérum normal. A la suite de ces injections on observait aux deux bras des élevures œdémateuses qui disparaissaient en 30 à 40 minutes. Les points injectés étaient marqués à l'encre. Lorsque, le lendemain, on fit ingérer un œuf à cet homme, on vit apparaître, au bras droit, au lieu d'injection et sur son pourtour, des papules urticariennes typiques avec un

érythème périphérique et un prurit intense. Cette réaction dura environ 2 heures. Aucune réaction ne se produisit du côté de l'injection de contrôle. Ce phénomène de sensibilisation locale put être observé tous les jours suivants et même après quelques semaines.

Un autre homme normal, à qui on avait injecté du sérum d'un sujet sensibilisé au poisson, présenta des réactions locales identiques après chaque ingestion de poisson.

On peut donc, par une sensibilisation passive, provoquer localement une urticaire anaphylactique. S. FERNET.

Zona et varicelle, par SHELMIRE et BEDFORD SHELMIRE. *Archives of Dermatol. and Syph.* (Chicago), vol. XVII, n° 5, mai 1928, p. 687

Un homme de 52 ans, n'ayant pas eu la varicelle, présenta un zona facial droit avec participation de la moitié correspondante de la langue, de la face interne de la joue, du conduit auditif externe. Son zona s'accompagnait d'une paralysie faciale du type périphérique.

Dix jours après l'apparition du zona, ce malade présenta une éruption généralisée varicelliforme avec fièvre. A ce moment, les lésions étant très nombreuses dans la bouche, l'œdème de la langue et de la muqueuse buccale nécessita une trachéotomie. Le malade mourut de congestion pulmonaire.

Quatorze jours après le début de ce zona, la fille du malade présentait une varicelle. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Les filtrats staphylococciques dans les pyodermites staphylococciques chroniques (Staphylococcus filtrates in chronic staphylococcic pyodermas). par GREENBAUM et HARKINS. *The Journ. of the American Med. Assoc.*, vol. XC, n° 21, 26 mai 1928, p. 1699.

G. et H. ont pratiqué des intradermo-réactions avec des filtrats de cultures staphylococciques. Tous les malades qui présentaient des staphylococcies en activité ont eu des réactions positives.

Les filtrats staphylococciques peuvent être employés purs à raison de 0,2 centimètres cubes par injection ; à cette dose les réactions se manifestent par un érythème, une papule, de l'œdème, dans quelques cas on peut observer des malaises généraux.

Alors que les vaccins ne modifient pas cette allergie cutanée, les intradermo au filtrat staphylococcique déterminent à la longue l'immunité cutanée. Il est, par conséquent, logique d'utiliser l'action immunisante des filtrats. G. et H. n'ont encore traité que 5 malades par cette méthode : deux cas de furonculose furent guéris, un cas de sycosis rebelle de la barbe fut notablement amélioré, deux cas de staphylococcie très superficielle (impétigo), ont résisté au traitement.

S. FERNET.

Dermatologia (Budapest).

La thérapeutique des prurits et des dermatoses neuro-humoro-circulatoires, par E. Luster. *Dermatologia* (Budapest), 6, 1928, p. 179.

L'auteur insiste sur le rôle des éléments nerveux sensitifs cutanés les plus périphériques, des fibres nerveuses de la douleur et des organes et centres nerveux du tact dans l'étiologie des prurits. La sensation prurigineuse due à une excitation anormale des organes, des conducteurs et centres du toucher est perçue par nos centres nerveux et c'est cette perception affective, souvent subconsciente d'une sensation anormale douloureuse, d'une disesthésie spéciale qui constitue le prurit et qui déclenche la démangeaison.

Le prurit est d'autant plus violent que l'excitabilité du système nerveux est plus grande et que l'ébranlement émotif est plus fort. Il faut donc rechercher la cause de l'excitation anormale des organes pour arriver à un résultat thérapeutique. L'auteur recommande dans les cas de prurit toxique un traitement de désintoxication hépatique, intestinale et rénale ; désensibilisation : auto-hémothérapie, auto-sérothérapie, protéino-thérapie et surtout les agents physiques en raison de leur action directe sur les éléments nerveux périphériques. Il faut y ajouter la psychothérapie, elle est dans certains cas indispensable. En réunissant les traitements anti-nerveux locaux et généraux au traitement étiologique, lorsque ce dernier est possible, on pourra guérir rapidement des prurits et des névrodermites qui n'avaient pas été améliorés malgré des soins prolongés.

Olga Eliascheff.

Contrôle de la fonction hépatique pendant le traitement spécifique, par Vilmós Fröhlich. *Dermatologia* (Budapest), 6, 1928, p. 184.

L'auteur préconise pour contrôler la fonction hépatique pendant le traitement anti-syphilitique des injections intraveineuses de 4 centimètres cubes d'azurobine S. dans une solution à 1 o/o. On examine, par une méthode colorimétrique, la bile obtenue par sondage (sonde duodénale) toutes les 5 minutes.

100 sujets furent soumis à cet examen et F. constata :

1° L'apparition retardée du colorant et élimination précoce ;

2° Apparition retardée avec élimination dans un temps normal ;

3° L'apparition et le temps d'élimination retardés.

Dans 70 o/o des cas examinés, F. trouva une réaction fortement positive de l'urobilinogène et de l'albumine, réactions qui parlent en faveur de troubles de la fonction hépatique. Dans ces cas le traitement doit être très prudent avec intervalles prolongés.

Sur les 70 malades, 35 furent atteints de lésions cardiaques et vasculaires.

Les métaux lourds peuvent incontestablement produire des lésions hépatiques, mais il fut impossible à F. de démontrer leur rapport avec ces troubles, il existe très probablement une tolérance individuelle.

Olga Eliascheff.

Rousski Vestnik Dermatologuii.

Erythrocyanose cutanée symétrique. Angionévrose dysovarique, par E. W. Kistiakovsky (Kieff). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 6, juin 1928, pp. 554-563.

Les dermatologistes des pays du Nord ont dernièrement observé une dermatose particulière caractérisée par la tuméfaction et l'œdème des extrémités, surtout inférieures, colorées en teinte bleu-rose, développée chez des jeunes femmes et filles. Les diverses appellations reflètent les vues différentes qu'ont ces auteurs sur l'étiologie, la pathogénie, la clinique et l'anatomie pathologique.

En 1927 l'auteur a observé 11 cas de cette affection chez des femmes et 1 cas chez un homme Dans 4 cas les femmes sont venues consulter pour cette affection, les autres ne l'ont pas remarquée et sont venues au médecin pour d'autres motifs. Toutes les malades habitent la ville, leur âge va de 11 à 38 ans. Il y a parmi ces malades des femmes robustes et des femmes épuisées La capillaroscopie décèle une modification de la lumière vasculaire, les vaisseaux montrent un grand nombre de petits anévrysmes dans les capillaires veineux papillaires. La circulation s'y fait d'une façon interrompue. Les vaisseaux sous-papillaires sont dilatés et s'observent facilement Ces phénomènes sont plus visibles aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Les expériences avec l'érythème provoqué par le froid démontrent le rétrécissement primaire habituel des capillaires artériels et le changement secondaire de la teinte bleue en rouge par la dilatation capillaire. 3 malades avaient des « taches de cinabre » aux genoux, au dos des mains et aux avant-bras. Ces taches changent souvent de place. Elles sont riches en capillaires papillaires, mais sans anévrysmes ; les vaisseaux sous papillaires sont plus larges que d'habitude et la circulation y est plus rapide qu'au voisinage, coloré en bleu. Ces taches de cinabre dépendent du tonus des vaso-moteurs qui se modifie, l'on ne peut parler des infiltrations inflammatoires ou tumeurs fixes. Chez toutes les femmes l'auteur a observé une dysfonction ovarienne : règles trop précoces ou trop tardives, arrêt prolongé Chez 9 il y avait hypertrophie de la thyroïde. L'auteur rattache l'érythrocyanose aux troubles endocrines. Beaucoup de malades portaient toujours, même en hiver, des robes courtes, jusqu'aux genoux, des bas fins et des souliers bas. Elles ont été, par conséquent, exposés à l'action du froid, et les endroits affectés sont justement ceux qui ont subi l'effet de la température basse. Le froid est donc le second facteur étiologique, mais il est adjuvant des troubles endocrines. Tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Le cas de l'homme décrit par l'auteur a eu comme point de départ un traumatisme testiculaire à la suite duquel, son organisme a subi une orientation féminine : adiposité, diminution de la prostate.

Bermann.

Contribution à l'étude des dermatoses du type poïkilodermie vasculaire atrophique, en rapport avec une observation personnelle,

par A. L. Khalipsky (Kharkov). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 6, juin 1928, pp. 564-579.

Le malade de l'auteur est un homme de 29 ans, wattmann de tramways depuis une année. Jusqu'à son arrivée en ville, il s'occupait à la campagne à travailler la terre. Rien de particulier dans les antécédants héréditaires et familiaux. Pas de syphilis, de tuberculose ou de dermatoses dans la famille, sauf cependant pour un de ses cousins qui a la même affection que lui. Pas de maladie vénérienne antérieure. Marié, la femme n'a pas eu de fausse-couche. Des 3 enfants, 9 ans, 7 ans et 1 an 1/2, celui de 7 ans, a une coxite bacillaire, les deux autres sont sains. Le patient se plaint d'être fatigué, nerveux, frileux et de transpirer des pieds, même en hiver.

L'affection qui intéresse l'auteur a débuté il y a 20 ans, après une chute du malade dans un lavoir dans la glace où il est resté 15 minutes. Après cela le malade a remarqué des taches rouges aux mains et à la figure, ensuite elles ont été remplacées par des taches atrophiques, des taches pigmentées et des raies blanches. Ce passage, le malade ne s'en rappelle pas en détail, mais il affirme n'avoir jamais eu de phénomènes généraux. Rien de particulier aux viscères. Le status cutané est caractérisé par la localisation symétrique aux poignets et aux faces latérales du cou et du visage des taches rouges composées d'ectasies vasculaires, des lignes et taches atrophiques, des pigmentations et d'une desquamation légère, par endroits. Le malade a refusé la biopsie. Depuis une année, l'aspect cutané n'a pas changé. L'auteur a trouvé en tout 34 cas de poïkilodermie vasculaire atrophiante (y compris son cas personnel). Il y a 19 femmes et 13 hommes (dans 2 descriptions, le sexe n'est pas indiqué). Il a relevé les professions suivantes : 2 cuisiniers, 2 agriculteurs, 3 professions libérales, 1 blanchisseuse, 1 cocher, 1 tourneur, 1 serviteur d'église, les autres cas n'ont pas de mention de profession. L'affection a débuté surtout de 20 à 30 ans, mais il y a des débuts aux âges de 3 à 60 ans. La plupart des malades consultent au bout de plusieurs années de maladie. Le plus souvent, la maladie est localisée au tronc, aux extrémités et à la face, dans 6 cas, les muqueuses ont participé au processus. Chez beaucoup de malades, les éléments comptent au nombre de 1, 2 ou 3, au complet, ils sont rares. Chez 4 on a trouvé un lien avec un refroidissement. Les glandes endocrines paraissent participer dans un certain nombre de cas (surrénale, glandes sexuelles). La plupart des malades n'ont pas de troubles subjectifs. La vitropression montre un réseau vasculaire télangiéctasié. L'atrophie et la pigmentation sont toujours consécutives aux taches rouges. La maladie est toujours chronique, mais quelle que soit son étendue, elle ne provoque pas de symptômes généraux. Le diagnostic est souvent difficile, ardu. L'étiologie de l'affection est encore peu éclairée. Bermann.

Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie du mal de Cassine, par P. P. Gorsky (Rgèv). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 6, juin 1928, pp. 580-598.

L'auteur a étudié d'une façon approfondie les conditions de travail

de 96 dévideuses de cocons à soie occupées dans une fabrique de la ville de Rgév. Pendant les 8 mois d'observation 61 travailleuses ont été atteintes de mal de Cassine (mal de vers), plusieurs ont eu des atteintes à diverses reprises, ce qui fait en tout 133 cas de maladie. L'étude détaillée permet à l'auteur de conclure que dans l'étiologie du mal de Cassine, un grand rôle est joué, par les particularités individuelles de la peau. Les facteurs déterminants de la dermatose sont : la température élevée de l'eau, la chaleur et l'humidité des locaux où les dévideuses passent la journée de travail, l'alcalinité exagérée de l'eau de lavage des cocons, le changement brusque de la température élevée de l'eau chaude servant à dévider les cocons à celle de l'eau froide servant à laver les mains, l'âge trop jeune, le mauvais état général et l'inexpérience de certaines ouvrières. Les mesures prophylactiques découlant de ces considérations et proposées par l'auteur sont : une thermorégularisation automatique de l'eau dans les bassins des dévideuses à environ 49° C. Cette eau doit être changée toutes les 2 heures, avec adjonction d'acide acétique à 1 o/o. L'eau de lavage doit être de température plus élevée, de 25° C. environ. La ventilation des locaux doit être rationnelle. En plus, les travailleuses doivent elles-mêmes observer une hygiène rigoureuse, ayant chacune à sa disposition un savon neutre et un essuie-mains personnels. Le choix des ouvrières doit être minutieux, engageant des personnes robustes et résistantes. BERMANN.

A propos du traitement arsénobenzolique des arthrites syphilitiques, par K. A. DIAKOFF (Voronège). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 6, juin 1928, pp. 599-605.

L'auteur cite 5 cas personnels intéressants au point de vue de l'influence de l'arsénobenzol sur les arthropathies syphilitiques.

I. — Un garçon de 13 ans, atteint depuis 2 mois d'arthrite syphilitique des 2 genoux, a reçu 4 injections intraveineuse de novarsolan (néosalvarsan russe). Après chaque injection, l'arthrite s'aggravait, se gonflant et s'endolorissant davantage. Le traitement par le bismuth et l'iodure de potassium améliore et guérit le malade.

II. — Chez un garçon paysan de 12 ans, atteint depuis 4 mois d'arthrite syphilitique des 2 genoux, qui a reçu 4 injections intraveineuses de novosalvarsan, il y avait seulement comme résultat une légère diminution des douleurs articulaires. En plus, le coude droit jusque-là sain, a gonflé et est devenu douloureux et impotent. Le traitement par le mercure et l'iode guérit toutes les articulations malades, genoux et coude droit.

III. — Un garçon de 14 ans, déjà traité pour une gomme du palais, entre pour une seconde cure spécifique. Après 5 injections mercurielles et 2 de novarsolan, arthrite du genou droit, normal avant le traitement. Le mercure et l'iodure guérissent le malade, son arthrite disparaît.

IV. — Une femme de 24 ans, atteinte d'ostéo-périostite du tibia gauche et de gomme de la jambe gauche (B.-W. +) voit son état s'aggraver, des gommes et fistules nouvelles s'ouvrir, pendant une

cure mixte. La seconde cure, sans novarsolan, mais seulement avec de l'iodure et du mercure, amène une guérison. Le novarsolan entraînait chaque fois une aggravation.

V. — Une fille paysanne de 14 ans, atteinte de périostite tibiale et de gomme de la cuisse, avait des fortes douleurs après chaque injection de novarsolan, le processus restant stationnaire. La cure par le mercure et l'iodure l'a guérie.

L'auteur constate l'inutilité et la nocivité du néosalvarsan dans certains cas de syphilis osseuse et articulaire. D'après les radiographies, le néo provoque des synovites et des atrophies osseuses. L'auteur déconseille le traitement arsenical dans les manifestations ostéo-articulaires spécifiques. BERMANN.

Un cas de diphtérie cutanée, par O. W. NOVOTÉLNOWA (Leningrade). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, juin 1928, pp. 605-609.

Après quelques données bibliographiques l'auteur décrit un cas de diphtérie cutanée chez une fillette de 2 ans 1/2. Il y a 10 jours, l'enfant a eu une sécrétion purulente des yeux qui s'est propagée à la peau avoisinante. On a porté le diagnostic d'eczéma impétiginé. A l'hôpital on constate une adénopathie cervicale, sous-axillaire et inguinale. Erythème léger des muqueuses buccale et pharyngienne sans fausses membranes. Ecoulement purulent des oreilles, écoulement séreux du nez. Etat général assez grave. Oedème considérable des paupières, rétrécissant la fente palpébrale. Les téguments de la partie supérieure du visage sont rouges et infiltrés, recouverts par endroits d'une membrane gris sale, de consistance fibreuse, adhérente aux parties sous-jacentes. Enlevée, elle laisse voir une ulcération irrégulière, sanguinolente, à fond tantôt propre, tantôt nécrotique. Au cuir chevelu, excoriations et ulcérations avec réaction inflammatoire, mais moins intense qu'à la face. Les pavillons des oreilles sont collés à la tête par des membranes semblables, sous lesquelles on trouve des ulcérations. On trouve une otite purulente chronique double. La cornée est propre, mais la conjonctive est hypérémiée, son épithélium desquame et montre des surfaces érodées. Le lendemain, mauvais état général, fièvre, fausses membranes pharyngiennes, réaction de Schick +, bacilles de Löffler +. Injection de sérum antidiphtérique à 3 reprises, mais l'enfant meurt. L'examen bactériologique des membranes cutanées, de l'oreille, fait avant le décès a montré des bacilles de la diphtérie. BERMANN.

Contribution à l'étude de l'épididymite intra-inguinale, par J. A. MOTORNOV (Odessa). *Rousski Vestnik Dermatologuii*, t. VI, n° 6, juin 1928, pp. 610-615.

Durant la seconde moitié de 1927, l'auteur a observé à l'Institut Dermato-Vénéréologique d'Odessa 5 cas de rétention testiculaire unilatérale (2 à droite et 3 à gauche) et un cas de cryptorchidie double. Dans 3 cas sur ces 6 il y avait une blennorragie aiguë, dont un cas récidivant. L'auteur décrit un cas d'épididymite intra-inguinale d'origine gonococcique.

Un portefaix de 18 ans atteint de blennorragie aiguë et se plaignant de douleurs inguinales du côté droit, montre la moitié gauche des bourses normale et contenant un testicule normal. La moitié droite est atrophiée et ne renferme pas de testicule. La palpation montre que le testicule est situé dans le canal inguinal. Prostate normale. On palpe de plus une funiculite, très douloureuse. L'auteur conclut que l'épididymite du malade est due, à part la blennorragie, à l'étranglement du testicule dans le canal inguinal, car ce testicule descendait parfois dans les bourses. BERMANN.

Journal dla ousoverchenstvovania vratchey (***Léningrad***).

Contribution au traitement du lupus érythémateux par le crysolgan, par J.J. MALKINE (Leningrade) *Journal dla ousoverchenstvovania vratchey*, n° 6, juin 1928, pp. 367-372.

Après une revue bibliographique de la question, l'auteur communique ses résultats personnels. Il a soumis au traitement 62 malades, dont 45 en policlinique et 17 à la clinique. Ces malades étaient 41 femmes et 21 hommes. L'auteur a enregistré 24 guérisons, 23 améliorations notables, 11 améliorations légères et 4 sans échecs. L'auteur conclut que le krysolgan est une préparation donnant un plus grand nombre de guérison de lupus érythémateux que les autres médicaments connus. Le traitement présente de gros avantages esthétiques, car il donne des cicatrisations avec des atrophies peu visibles ou même sans aucune atrophie cutanée. Les accidents dus à l'effet toxique sont infimes, si l'on emploie les doses thérapeutiques ne dépassant pas les centigrammes. BERMANN.

Klinitcheskaïa medizina (***Moscou***).

Contribution au traitement de l'hyperhydrose locale de la face, par MM. F. D. STOÏANOFF et E. O. FAUKELMANN (Odessa). *Klinitcheskaia Medizina*, t. VI, n° 12 (87), juin 1928, pp. 718-721.

L'hyperhydrose locale de la face développée après une parotidite purulente est une affection rare, mais elle devient de plus en plus fréquente grâce à la fièvre typhoïde qui provoque des abcès de la parotide. Mais l'hyperhydrose locale de la face, d'origine congénitale l'est encore davantage. Les 4 cas de l'auteur méritent un gros intérêt. Trois hommes et une femme, présentent une hyperhydrose faciale avec hypérémie, paresthésie et douleurs à la région correspondante, constatées surtout pendant l'acte de la mastication. Ces troubles se sont développés de 2 à 5 ans après un typhus compliqué de parotidite. Toutes sortes de traitements ont échoué. La sécrétion sudorale, limitée et accompagnée d'hypérémie et de paresthésie cutanée dépend du trouble du nerf sympathique situé dans la fosse rétromaxillaire par cirrhose de la parotide consécutive à l'inflammation purulente, ouverte spontanément ou chirurgicalement. La sudation limitée, l'absence de troubles oculaires parlent en faveur d'un trouble périphérique localisé dans le domaine du nerf trijumeau ou du facial.

De tous les moyens de traitement c'est l'application locale de boue sous forme de compresses faites tous les jours ou tous les deux jours, aux températures de 33-37 pendant 20 minutes qui donne les meilleurs résultats dans les cas aigus et chroniques. BERMANN.

Rousskaïa Klinika (*Moscou*).

Sur l'aortite syphilitique. par S. D. SÉRÉBRIAKOFF (Moscou). *Rousskaia Klinika*, t. IX, n° 49, mai 1928, pp. 631-633.

Les statistiques montrent que l'aortite syphilitique est devenue de plus en plus fréquente pendant les dernières 10-15 années, ce qui doit attirer l'attention des médecins sur cette affection, d'autant plus que le diagnostic est fort délicat au stade de début. Les causes sont : 1° les symptômes peu clairs et légers au début ; 2° que l'aortite ne prime pas la scène; 3° que l'affection évolue sous forme d'une autre maladie (paludisme, tuberculose, endocardite).

La malade de l'auteur est une tisserande de 45 ans qui se plaint depuis 10 mois de faiblesse générale, d'inappétence, de céphalées, de douleurs dans la poitrine surtout pendant le travail. Ensuite dyspnée, frissons. La malade qui ne fume, ni ne boit pas, vit dans de bonnes conditions. L'observation et l'auscultation font porter le diagnostic d'endocardite chronique. Plus tard, l'auteur a découvert l'accentuation du deuxième bruit aortique que les auteurs français considèrent comme un signe d'aortite. Vu l'impossibilité de prélever le sang pour le Bordet-Wassermann, l'auteur a donné à la malade de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles. La malade s'est rétablie. A la fin de la cure, son Bordet-Wassermann a été très positif, celui de son mari négatif. L'auteur conclut à l'aortite spécifique qui a évolué sous l'aspect d'endocardite chronique. L'anamnèse ne montre aucune maladie vénérienne antérieure. BERMANN.

Les propriétés iso-hémo-agglutinantes du sang chez les syphilitiques, par N. L. GOURÉVITCH et F. J. GUELLERMAN-GOURÉVITCH (Moscou). *Rousskaïa Klinika*, t. IX, n° 49, mai 1928, pp. 622-629.

Les auteurs ont étudié 425 cas, dont 307 syphilitiques et 118 non syphilitiques servant de contrôle. Le titre iso-agglutinant du sérum a été étudié chez 56 malades. Les malades examinés appartenaient aux groupes suivants : 1er, 33,4 o/o ; 2e, 35,6 o/o ; 3e, 22,6 o/o ; 4e, 8,4 o/o. Quant à la répartition des syphilitiques et non-syphilitiques, on trouve dans le 1er groupe, 32,6 o/o syphilitiques et 34,8 o/o non-syphilitiques; dans le 2e groupe, 34,2 o/o syphilitiques et 39 o/o non-syphilitiques ; dans le 3e groupe, 23,1 o/o syphilitiques et 21,1 o/o non-syphilitiques ; dans le 4e groupe, 9,8 o/o syphilitiques et 5,1 o/o non-syphilitiques. La réaction de Bordet-Wasserman a été négative : dans le 1er groupe, 58,4 o/o, dans le 2e, 50,1 o/o, dans le 3e, 59 o/o, dans le 4e, 56,6 o/o. Le nombre des manifestations actives parmi les syphilitiques a été réparti ainsi : 1er groupe, 26 o/o, 2e groupe, 29,5 o/o, 3e groupe, 25,3 o/o, 4e groupe, 30 o/o. Le titre iso-hémo-agglutinant a été étudié chez 56 syphilitiques (68 examens) et chez 6 malades cutanés.

Le titre des cutanés a été de 1,59 en moyenne. Le titre moyen chez les syphilitiques a été de 1,77 (on trouvait aussi 1 : 2.024 et 1 : 2 048). Le traitement n'influe pas sensiblement le changement du titre. Les auteurs concluent que les groupes 1 et 3 sont le mieux adaptés à la lutte contre la syphilis, mais demandent des recherches ultérieures vu leur matériel peu nombreux. BERMANN.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE PARIS

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fera sa leçon inaugurale le 8 novembre 1928, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

CORRESPONDANCE

Permettez-moi d'attirer votre attention sur une petite erreur qui se trouve dans le travail intéressant de MM. Dubreuilh et Pigeard de Gurbert (*Annales de dermatol. et syphiligr.*, IX, 9, p. 729) Les auteurs ont cité mon nom en regard « de Vienne ». Mon travail se trouve en réalité dans la *Wiener medizinische Wochenschrift* et je suis moi-même directeur de la Clinique des maladies de la peau de l'Université de Fribourg en Brisgau (en Allemagne). Je vous serais très obligé de rectifier cette erreur dans votre estimé journal.

Prof. Dr. ROST.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

Pierre MASSON
(1865-1928)

La mort imprévue, à 63 ans, de Pierre Masson est pour nos *Annales* une épreuve des plus douloureuses et une grande perte. Le chef de la Maison Masson et Cie était pour nous plus qu'un éditeur ; nous avions en lui le conseiller le plus avisé, le directeur le plus expert, l'ami le plus dévoué. J'ai à cœur, au nom de nos collègues et de tous nos collaborateurs, d'apporter à sa mémoire l'hommage de notre sincère reconnaissance.

Pierre Masson s'était trouvé, bien jeune encore, en 1900, par la mort prématurée de son père Georges Masson, placé à la tête de la grande entreprise d'éditions, vieille de plus d'un siècle, que son grand-père Victor avait dirigée déjà. Cette dynastie d'hommes éminents, dont la haute intelligence, la parfaite honorabilité et le dévouement à la science et à leur pays avaient donné à leur œuvre un développement considérable et une réputation mondiale, trouvait en lui un héritier hautement qualifié pour s'acquitter de la tâche qui lui incombait.

L'homme qu'il était, nous laissera, ainsi qu'à tous ceux qui l'ont connu, un souvenir ineffaçable d'énergie tenace, de volonté intelligente et de droiture. Sa haute taille, son regard pénétrant, l'impression d'autorité qui se dégageait de sa personnalité, étaient de nature à intimider ou à imposer une grande réserve à ceux qui l'approchaient pour la première fois. Mais bien vite on était gagné à la confiance, en constatant la largeur de ses vues, son expérience des hommes et des choses, et son extrême bonne volonté ; sa prédilection pour les solutions nettes et rapides ne l'empêchait pas de rester accessible aux objections fondées et disposé à modifier après réflexion une décision qui avait paru irrévocable. Il avait surtout une idée très haute, pleinement justifiée d'ailleurs, du rôle qui lui appartenait comme éditeur scientifique français et la ferme résolution de le remplir consciencieusement.

Nos *Annales*, qui avaient été fondées en 1868 par A. Doyon avec le concours de Victor Masson, ont constamment trouvé dans les chefs successifs de la Maison l'appui le plus éclairé et le plus sympathique. Celui dont nous déplorons la perte appréciait hautement l'intérêt scientifique et patriotique de notre publication. Tout en ne négligeant rien pour sa prospérité matérielle, il recherchait avant tout sa bonne tenue, sa valeur documentaire et son bon renom dans la dermato-syphiligraphie mondiale. Aucun de nous ne pourra oublier ces séances de notre Comité de publications où notre éditeur écoutait avec attention nos suggestions, — pour terminer en sortant de sa serviette un projet de réforme où tout était prévu. Le travail matériel, les efforts d'organisation et de mise en œuvre des améliorations que nous avons progressivement apportées à nos *Annales*, ont exigé de sa part une activité et une persévérance dont nous lui devons une profonde gratitude.

La volonté de servir la science en général, la science médicale en particulier et la propagande scientifique française à l'étranger, est de tradition constante à la maison Masson. Toute œuvre d'une certaine portée, même si la publication doit en être plus onéreuse que rémunératrice, est assurée d'y être accueillie et mise en valeur ; comme preuve de ce désintéressement qu'il me suffise de rappeler notre grande *Pratique dermatologique*, destinée à fixer l'état de notre science à la fin du siècle dernier, et la vente à perte des périodiques scientifiques français dans les pays à change élevé après la grande guerre ! Qu'on songe aux difficultés de tout ordre qu'ont rencontrées et surmontées les éditeurs de plus de cinquante périodiques médicaux et scientifiques aux jours de la catastrophe mondiale !

Celui qui a si dignement accompli cette lourde tâche a succombé à la peine. Il laisse le souvenir d'un grand ami et d'un fidèle serviteur de la science et de la France. Je ne mets pas en doute que ceux qu'il s'est choisi pour collaborateurs et successeurs, et que son fils Georges, auxquels nous exprimons toute notre sympathie, ne tiennent à honneur de suivre son exemple et qu'ils n'y réussissent pleinement pour la gloire de la médecine et de la dermatologie françaises. J. Darier.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE D'UNE ÉPIDÉMIE DE TRICHOPHYTIE CUTANÉE DUE AU TRICHOPHYTON NIVEUM RADIANS

Par Paul RAVAUT, BASCH et RABEAU.
Travail du service et du laboratoire de M. Ravaut à l'Hôpital Saint-Louis.

Pendant trois ans et demi, de 1923 à 1927, nous avons pu suivre et étudier une épidémie de trichophytie cutanée. Les malades, toutes des femmes, faisaient partie du personnel d'une annexe du Ministère des Finances, installée dans l'ancienne caserne de la Nouvelle-France ; la grande presse s'étant déjà occupée de ces faits, nous pouvons sans scrupule donner cette indication. Pendant ce temps, sur un millier d'employées, 194 nous ont été adressées à l'Hôpital Saint-Louis par notre ami le docteur Charcellay, médecin du Ministère ; c'est en liaison avec lui que nous avons observé ces faits et nous le remercions de sa cordiale collaboration.

Bien que notre attention ait été dès longtemps retenue par l'étude des champignons parasites de l'homme, nous avons été surpris de la variété, du polymorphisme des lésions, rendant leur diagnostic clinique parfois très incertain, de l'importance, de la constance et de l'intérêt des résultats de l'étude des réactions allergiques mises en évidence par l'intradermo-réaction aux trichophytines, de la difficulté de leur prophylaxie.

Il nous a semblé que ces faits méritaient d'être signalés et qu'ils pourraient apporter une contribution intéressante à l'étude des trichophyties considérées surtout du point de vue de la pathologie générale.

Nous grouperons nos observations et les résultats enregistrés en plusieurs chapitres et passerons en revue :

Les photographies annexées à ce mémoire lui donnent une valeur documentaire indiscutable ; elles sont l'œuvre de M. Schaller, chef du service photographique à l'Hôpital Saint-Louis : nous lui adressons toutes nos félicitations et nos remerciements.

I. — L'étude clinique.
II. — L'étude parasitologique et épidémiologique.
III. — L'étude biologique.
IV. — L'étude thérapeutique.

I. — Etude clinique.

Le personnel travaillant à l'ancienne caserne de la Nouvelle-France, annexe du Ministère des Finances se composait de 1.000 employés environ, presque tous du sexe féminin ; les hommes, en très petit nombre, n'ont dû jamais être atteints car aucun d'eux ne nous a été adressé.

Sur ces 1.000 employées, 194 ont présenté des lésions cutanées et sont venues nous consulter à l'Hôpital Saint-Louis. Parmi celles-ci, 99 fois nous avons pu faire la preuve que la lésion cutanée était due au *Trichophyton niveum radians* ; pour les 95 autres, nous n'avons pu reconnaître avec certitude s'il s'agissait d'une lésion trichophytique ; certains cas ont pu ainsi échapper, mais il est juste d'ajouter que dans cette seconde catégorie figuraient nombre d'affections banales : eczémas, infections cutanées, dermites diverses, psoriasis, etc... Dès qu'elles étaient atteintes de la moindre lésion cutanée, les employées, se croyant contaminées, se faisaient examiner. Dans le doute et en attendant la vérification du diagnostic, elles étaient mises en congé payé ; aussi quelques-unes en abusèrent-elles et c'est pour elles que de bonnes camarades, plus sceptiques que nous, créèrent le terme nouveau mais imagé de Tricho-filon, ce qui parfois compliqua nos recherches.

Quoi qu'il en soit, sur les 99 malades dont nous avons pu affirmer la nature de la lésion par les examens sur lames, les cultures, les réactions humorales, 57 ont présenté des formes typiques d'herpès circiné, pour lesquelles, sur le seul aspect clinique, personne n'eût mis en doute le diagnostic. Pour les 42 autres malades le diagnostic fut plus délicat.

Voyons d'abord comment se présentent les lésions cutanées déterminées par ce parasite.

Dans sa description clinique, Sabouraud (*Les teignes*, page 374) relate que la première observation de *Trichophyton Niveum Radians* avait trait à un vétérinaire spécialisé dans le traitement des petits animaux. Le malade présentait un large

placard très vésiculeux et pustuleux du dos de la main et un deuxième du poignet, l'un de 5 centimètres, l'autre de 7 centimètres de diamètre. Après 15 jours, épaississement de la peau légèrement surélevée, d'un rouge violet, la lésion restant largement vésiculeuse sans faire un véritable kérion. Le malade attribuait sa lésion au chat sans qu'il y ait eu vérification de l'hypothèse.

Ayant observé d'autres malades, Sabouraud écrit que les caractéristiques des lésions avaient été leur aspect vésiculeux, en forme de cocarde à double cercle de vésicules ; vésicules remplies d'un pus séreux louche dont la culture directe était aisée et pure.

« Il est difficile de trouver un poil humain atteint de *Trichophyton niveum*, ces parasites font surtout des kérions des régions glabres ; par contre on le trouve assez facilement dans les squames ».

Voilà donc un parasite qui donne habituellement des lésions d'aspect vésiculeux, disposées en cocarde, avec pus séreux louche. Quelquefois nous avons rencontré ce type classique, mais le plus souvent les lésions étaient sèches, discrètes, d'un diagnostic néanmoins très facile.

En général, il s'agissait de placards rouges, rouge brun, infiltrés, de 4 à 5 centimètres de diamètre, présentant souvent soit à la périphérie, soit au centre même de la lésion, de petites vésico-pustules, où des lésions de folliculites à divers stades de développement ; très souvent se voyaient à la périphérie, même à une assez grande distance de la lésion, des réactions folliculaires res spinulosiques rappelant la kératose pilaire. Ces formes en placards nous ont paru plus fréquentes que les formes concentriques classiques de la trichophytie cutanée. Les lésions siégeaient, pour la plupart, au cou, au sommet de la poitrine, aux bras, aux mains ; en somme surtout aux régions découvertes. Jamais nous n'avons vu d'atteinte des régions pileuses, ainsi que l'avait déjà fait observer Sabouraud. Tantôt il s'agissait d'une lésion unique, tantôt les malades en présentaient plusieurs.

Sur les 42 autres malades nous avons observé des formes différentes des types classiques à tel point que, les médecins fréquentant notre service et nous-mêmes, aurions, sur le seul aspect clinique, porté un diagnostic inexact, si, guidés par la notion d'épidémicité, nous n'avions pas mis en œuvre les recherches nécessaires pour les rapporter à leur véritable cause.

Le polymorphisme des lésions cutanées déterminées par le même parasite sur des individus différents nous semble l'un des points les plus intéressants observés au cours de cette épidémie.

Il serait fastidieux de donner le détail de nos observations, aussi avons-nous choisi parmi celles-ci, 14 des plus démonstratives. Nous en donnons le résumé en y joignant des photographies montrant l'aspect de la lésion ; souvent nous avons pu reproduire parallèlement la réaction obtenue par l'injection de trichophytine, ce qui, comme nous le verrons ne manque pas d'intérêt.

Observation I. — Dil...

Vient consulter le 16 janvier 1926 pour une lésion apparue il y a quelques jours et dont la malade ne s'est aperçue que par suite des démangeaisons qu'elle provoquait. On constate à la face postérieure de l'épaule gauche l'existence d'un placard circulaire, à contour légèrement émietté parsemé de fines vésicules. La lésion est infiltrée dans sa totalité ; la peau est rouge brun, épaissie, recouverte de stries parallèles, orientées suivant divers axes, qui en se coupant forment un véritable quadrillage ; sur cette surface sont semées les vésicules, surtout abondantes à la périphérie. Prurit local.

Ces vésicules sont ensemencées aussitôt sur gélose Sabouraud, et nous constatons le 23, que sur tous les tubes s'est développé un trichophyton en culture pure : *Trichophyton Niveum Radians*.

Le 23 janvier 1927 nous revoyons la malade. La plaque a continué de se développer et pris un aspect plus typique encore. Placard infiltré à fond rouge, avec plusieurs couronnes de vésicules, et centre légèrement déprimé.

Une intradermo-réaction est faite avec une trichophytine monovalente.

Le 25, la malade nous montre, au niveau de l'intradermo, une réaction très marquée, très large papule infiltrée avec spinulosime, présence de quelques vésicules. Elle a eu le soir de l'injection, de la fièvre, avec un fort mal de tête. Il n'y a pas eu de réaction au niveau de la lésion initiale.

Le 28, la malade nous dit que l'intradermo-réaction a encore beaucoup augmenté les jours suivants, il y a eu un large placard avec des pustulettes. Nous constatons, sur un fond érythémateux, un véritable placard croûtelleux avec de petits éléments folliculaires autour, et à distance un cercle de desquamation épidermique. On prescrit un traitement local par l'alcool éther iodé.

Le 29, une photo faite ce jour montre bien l'état de la réaction trichophytique au huitième jour. Le placard primitif apparaît encore infiltré avec un premier cercle de vésicules saillant, l'autre l'étant beaucoup moins.

Des cultures furent faites en partant des éléments vésiculeux de la réaction trichophytique, elles restèrent négatives.

Le 13 février, nous revoyons la malade très améliorée.

Le 19, nous faisons une nouvelle injection, sur le bras du côté opposé, d'une trichophytine polyvalente. Dès le 20, apparition d'un placard purpurique de la largeur d'une paume de main, très douloureux, très infiltré, avec un halo pâle, avec spinulosime très net. La malade a présenté un malaise plus accentué que lors de la première injection, état nauséeux et vomissement.

Le 22, la réaction a encore augmenté.

Le 24, elle commence à diminuer, de petites pustulettes se sont ouvertes.

Le 3 mars, la plaque du dos est guérie, il persiste des traces de l'intradermo-réaction.

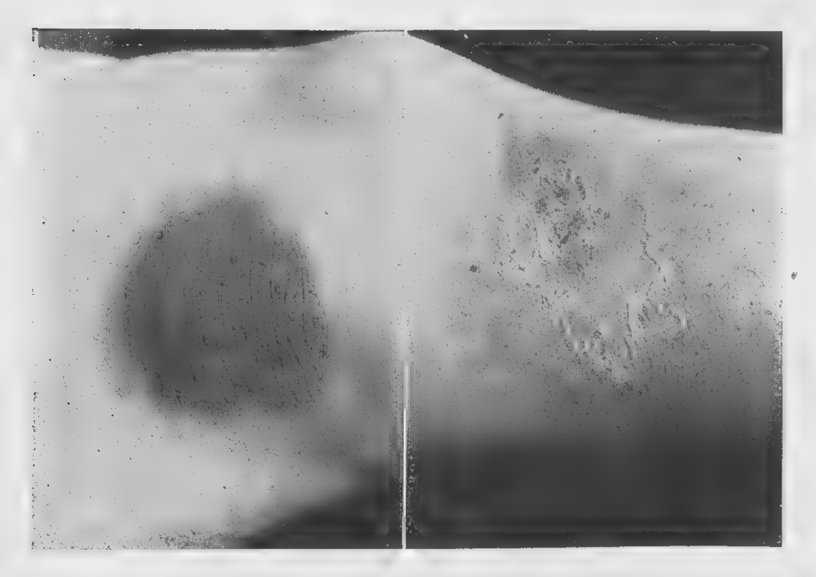


Figure 1. Figure 2.

A gauche : Trichophytie du bras due au *Trichophyton niveum radians*. Lésion typique.

A droite : Intradermo-réaction à la trichophytine au 6e jour. (Clichés Schaller, chef du service photographique de l'hôpital Saint-Louis).

En résumé : il s'agit cliniquement d'une forme typique de trichophytie cutanée ; lésion circulaire, infiltrant la peau, vésiculeuse, prurigineuse, et limitée à une seule région du corps.

Les cultures sont positives.

La première réaction faite avec une trichophytine monovalente (1) est fortement positive et reproduit un placard de der-

(1) La trichophytine monovalente a été préparée avec le *Trichophyton Niveum Radians*.

mite, vésiculeuse, avec spinulosisme dans le voisinage, rappelant la lésion parasitaire.

La seconde réaction faite avec une trichophytine polyvalente (1) est également fortement positive et se présente sous le même type que la première.

Ces deux réactions ont été accompagnées de phénomènes généraux : fièvre, céphalée, état nauséeux, vomissements.

Des cultures faites avec des éléments prélevés au niveau des réactions à la trichophytine sont négatives.

Observation II. — Gen...

Vient consulter le 8 juillet 1924 pour un petit placard folliculaire

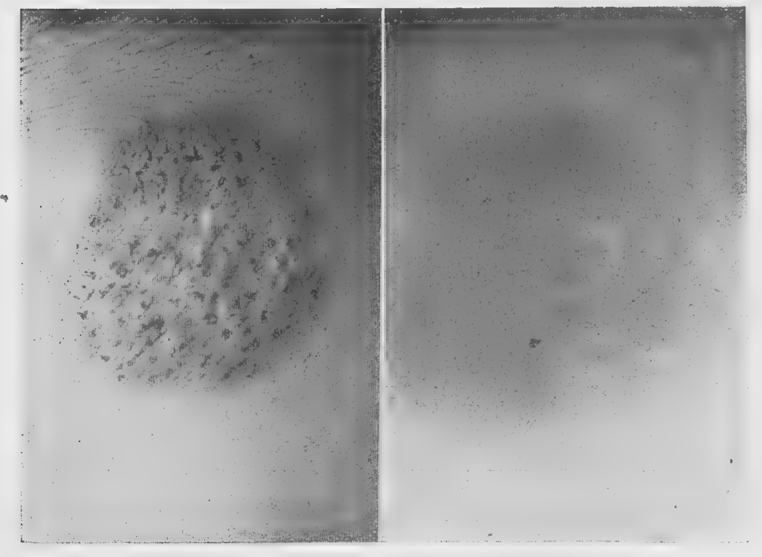


Figure 3. Figure 4.

A gauche : Trichophytie du bras due au T. N. R. Prédominance d'éléments vésiculeux et de folliculites sèches.

A droite : Intradermo-réaction à la trichophytine au 4e jour : dans la suite, la réaction s'est accentuée et s'est rapprochée par son aspect de la lésion primitive parasitaire. (Cliché Schaller).

siégeant au niveau de la partie inférieure du bras gauche. L'examen extemporané montre des parasites dans les squames. Une intradermo à la trichophytine faite ce jour est nettement positive le 10 juillet. On

(1) La trichophytine polyvalente est extraite d'un mélange de *Tr. Niveum Radians*, de *Tr. Gypseum*, de *Microsporon Felineum*, d'*Epidermophyton inguinale*.

prescrit à la malade un traitement local par l'alcool éther iodé. Nous la revoyons le 24 juillet, guérie.

Le 8 janvier 1925, la malade nous présente une nouvelle lésion, celle-là siégeant à la nuque (photo) ; il s'agit d'un placard large comme 5 francs, nettement infiltré, avec nombreuses vésicules surtout au pourtour, avec quelques folliculites typiques suppurées. La lésion date d'une semaine environ.

Des cultures sont faites ainsi qu'une intradermo-réaction.

Le 12, nous constatons au niveau de la nuque quelques éléments de folliculite profonde. L'intradermo a donné une forte réaction, de la surface d'une petite paume de main, très rouge, très douloureuse, avec folliculites saillantes ; il n'y a pas de ganglion ; la malade dit avoir eu la fièvre. Un examen de sang fait à ce moment montre une leucocytose de 11.300 le matin, avec prédominance des polynucléaires neutrophiles.

On conseille un traitement local par l'alcool iodé, qui semble assez mal fait par la malade. L'amélioration est lente. La malade revient le 7 février 1927 présentant au niveau de la nuque une tuméfaction profonde qui ponctionnée donne une notable quantité de pus.

Les cultures pratiquées le 8 janvier, après nettoyage de la peau à l'alcool éther iodé, ont donné naissance à un *Trichophyton Niveum Radians*.

Le 15 février 1927, les lésions sont très améliorées : quelques lésions légèrement squameuses dans lesquelles on ne retrouve pas de parasite, un nodule profond reste de cette folliculite suppurée.

Le 15 mars 1927, le nodule profond n'a pas encore disparu. Nous le ponctionnons à la pipette et retirons quelques gouttes de sérosité que nous ensemençons sur plusieurs tubes.

Ces cultures restèrent négatives.

En résumé : première atteinte en juillet 1924 sous forme de placard de dermite folliculaire ; guérison rapide. Présence de parasites dans les squames et réaction à la trichophytine positive.

Deuxième atteinte six mois après, révélant le même aspect, mais encore plus accentué : dermite, vésicules, éléments folliculaires pouvant simuler un placard d'infection cutanée limitée ou un placard d'éczématides. Suppuration secondaire de cette lésion probablement par infection surajoutée, car l'on n'a pas trouvé de Trichophyton dans les cultures du pus.

Culture des lésions cutanées positives.

Réaction de la trichophytine positive.

Observation III. — Le...

Le 31 janvier 1926, cette malade nous montre sur la jambe une

plaque rougeâtre siégeant au niveau de la tête du péroné gauche apparue il y a peu de temps. Elle nous dit être voisine de travail d'une malade que nous traitons pour une trichophytie du cou. Cette plaque érythémateuse présente une quinzaine de folliculites, plus ou moins saillantes avec un peu de desquamation au centre. Des cultures sont faites. Elles se montrèrent par la suite positives.

Le 5 février 1926, la plaque est moins érythémateuse et on note environ 20 folliculites très saillantes, groupées en bouquet avec une desquamation très nette au centre (photo). Peu de dermite ; réaction surtout folliculaire formée d'éléments secs pour la plupart.

A la périphérie de la lésion, kératose pilaire accentuée s'étendant sur une assez grande étendue.

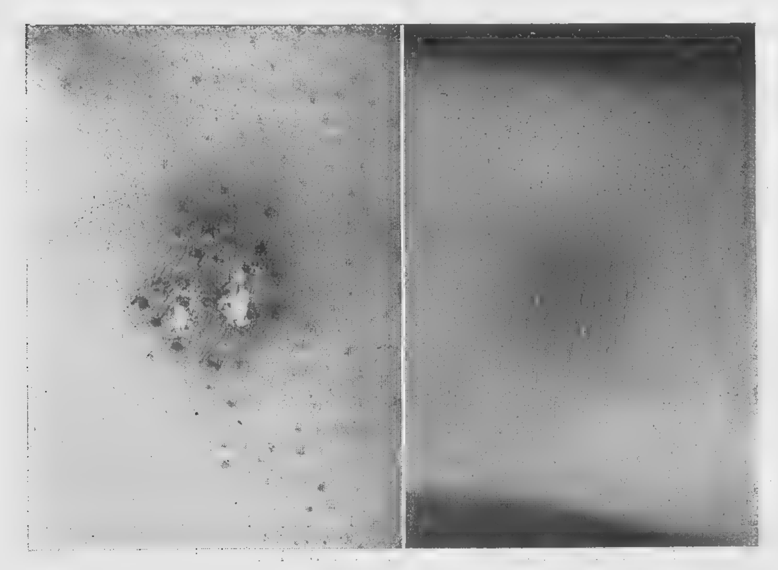


Figure 5. Figure 6.

A gauche : Trichophytie de la jambe due au T. N. R. à forme de folliculites agminées ; réaction folliculaire de voisinage.

A droite : Intradermo-réaction à la trichophytine au 3e jour rappelant discrètement la lésion primitive. (Cliché Schaller).

Le 9 février, les folliculites ont presque surface.

Une intradermo à la trichophytine est faite ; 24 heures après, il n'y a pas de réaction.

Le 11, la réaction est très nette.

Le 12, on note une grosse réaction formée d'un nodule rouge parsemé de points folliculaires très nets (photo).

Le 13, réaction encore nodulaire congestive, avec points folliculaires et halo jaunâtre.

Le 23, les lésions de la jambe sont très améliorées.

Il persiste au niveau du bras un tout petit piqueté.

Le 1er mars, nouvelle intradermo à la trichophytine.

Elle donne le 3 mars une réaction beaucoup moins folliculaire, mais très nettement positive qui persiste encore le 6 mars.

Le 9 mars, la malade a repris son service.

En résumé : placard d'éléments folliculaires secs, avec légère desquamation épidermique, simulant un placard d'eczématides.

A la périphérie, kératose pilaire très accentuée.

Cultures positives.

Réaction à la trichophytine positive : placard de dermite parsemé d'éléments folliculaires secs.

Observation IV. — Mond...

Cette malade vient consulter le 17 décembre 1925 pour une large

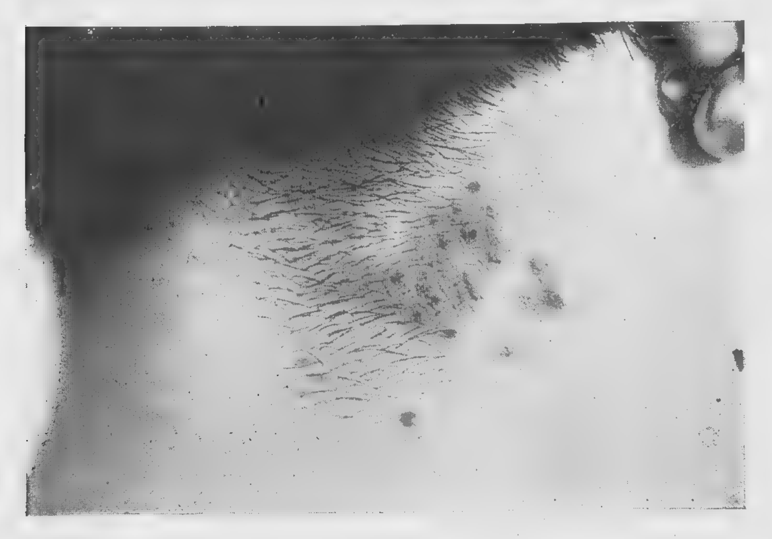


Fig. 7. — Trichophytie de la nuque à forme de folliculites disséminées dues au T. N. R. (cliché Schaller). Photo faite 35 jours après le début de l'infection.

papule érythémateuse du cou non squameuse, non folliculaire, mais prurigineuse ayant débuté il y a 10 jours. Vivant en milieu épidémique elle redoute la contagion ; une intradermo-réaction faite ce même jour est négative au bout de 48 heures. Nous pensons à une lésion banale et n'instituons aucun traitement.

Onze jours après, le 28 décembre 1925, elle vient de nouveau et on constate cette fois au niveau de la nuque un semis de folliculites groupées en un cercle de la dimension d'une pièce de un franc. Une intradermo donne 48 heures après une réaction très nette. Nous conseillons l'alcool éther iodé.

La malade revient le 5 janvier 1926, elle a préféré l'inotyol à l'alcool iodé ; les lésions se sont développées. On note une quinzaine de folliculites, quelques-unes groupées, d'autres à quelque distance.

Le 12 janvier 1926, les lésions ont un peu regressé, mais sont cependant très nettes (photo); elle présente en outre au niveau du visage des lésions squameuses légèrement vésiculeuses (eczématides) qui sont ensemencées.

Les cultures des folliculites ont été positives ; celles du visage négatives :

Le 23 janvier 1927, alors que les lésions de surface sont très améliorées, la malade a au niveau de la nuque un petit furoncle. Après néttoyage soigneux de la peau et badigeonnage à l'iode, nous ponctionnons le furoncle à la pipette et nous ensemençons le pus sur plusieurs tubes de gélose Sabouraud. Tous ces tubes donnèrent des cultures pures de *Trichophyton niveum radians.*

Le 29, la malade était guérie.

En résumé : cette observation est intéressante car la lésion a débuté par une large papule, purigineuse, érythémateuse pour laquelle nous avons d'abord pensé à une lésion banale.

Onze jours après, à la place de cette lésion se voyaient une vingtaine d'éléments folliculaires, irrégulièrement essaimés, pouvant faire penser à un placard d'infection cutanée, mais les cultures sont positives. L'un de ces éléments a donné lieu à un furoncle dans lequel les cultures ont révélé la présence du T. N. R.

Sur le visage et parallèlement à l'évolution de ces lésions de la nuque la malade a présenté des lésions squameuses passagères, pouvant être considérées comme des trichophytides. Ces lésions ont été ensemencées et n'ont donné lieu à aucune culture alors que celles du cou, le furoncle du cou ont donné des cultures positives à plusieurs reprises.

Intradermo-réaction à la trichophytine : positive.

Observation V. — Fet...

Vient consulter le 3 juin 1924 pour une dartre de l'épaule droite, datant d'une semaine. On constate en effet l'existence d'une plaque purement croûtelleuse, entourée de quelques petites folliculites superficielles. La surface du placard est franchement rouge, il n'y a pas d'infiltration.

L'examen extemporané montre des parasites dans les squames.

La malade reçoit ce jour une injection intraveineuse de 3 centimètres cubes de solution de Lugol. Aucun traitement local.

10 juin, extension considérable de la plaque qui atteint maintenant

9 centimètres de long sur 7 centimètres de large. L'aspect est à ce moment nettement trichophytique. Nouvelle injection de 5 centimètres cubes de Lugol.

13 juin, les folliculites sont moins saillantes. La veine qui a reçu le Lugol étant indurée, on essaie le traitement par la Riodine intraveineuse. La malade reçoit le 13, le 15, le 17, 5 centimètres cubes de Riodine intraveineuse.

Le 20 juin, l'amélioration est notable, mais trop lente pour que nous continuions cette thérapeutique. La plaque (photo) est parsemée de folliculites. Nous conseillons un traitement externe à la malade.

Elle revient le 4 juillet, les lésions de l'épaule sont presque guéries. Mais elle présente sur la fesse un bouquet de vésicules qui fait penser

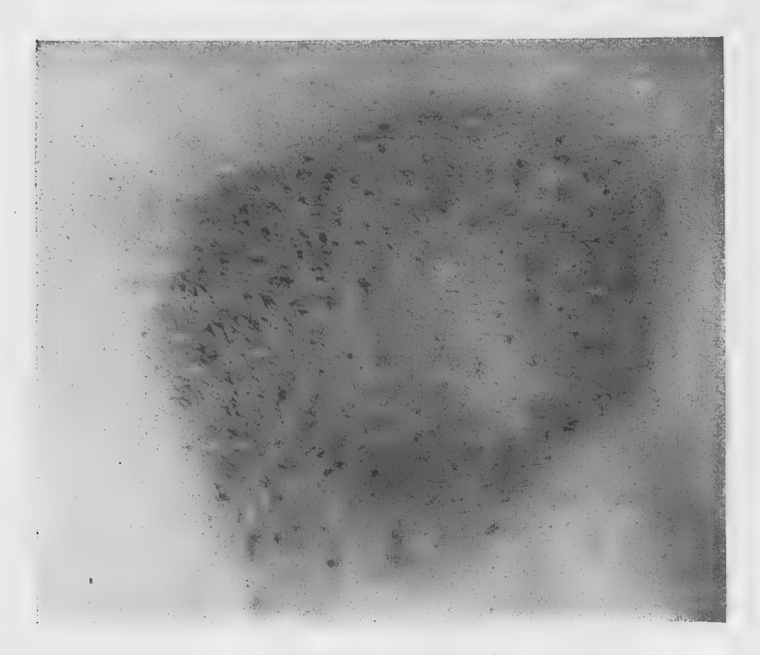


Fig. 8. — Trichophytie de l'épaule : lésions vésiculo-squameuses groupées dues au T. N. R. (cliché Schaller).

à de l'herpès. Des cultures sont faites du liquide de ces vésicules. Elles restent négatives. Un lapin fut inoculé à la cornée et présenta une kératite typique.

Une intradermo-réaction faite à ce moment fut fortement positive.

En résumé : aspect clinique classique de trichophytie : placard arrondi de lésion vésiculo-squameuses.

Présence de parasites dans les squames.

Intradermo-réaction à la trichophytine : positive.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est qu'un traitement interne au moyen du Lugol puis de la Riodine n'a donné qu'une amélioration très lente, alors que le traitement externe a agi très rapidement. Il n'en est pas toujours ainsi, et dans des formes profondes de trychophytie cutanée le traitement interne donne souvent des résultats bien supérieurs à ceux du traitement externe.

Observation VI. — Tar...

13 janvier 1925. — La malade nous montre des lésions du menton et de l'épaule, apparues il y a 3 jours. Au menton, nous voyons une plaque arrondie, à contours peu nets, finement squameux, à surface de coloration légèrement rosée, légèrement prurigineuse. En un secteur, nous trouvons quelques très discrètes folliculites. La lésion fait penser à du *pityriasis simplex* ou à une simple épidermite, irritée par le grattage.

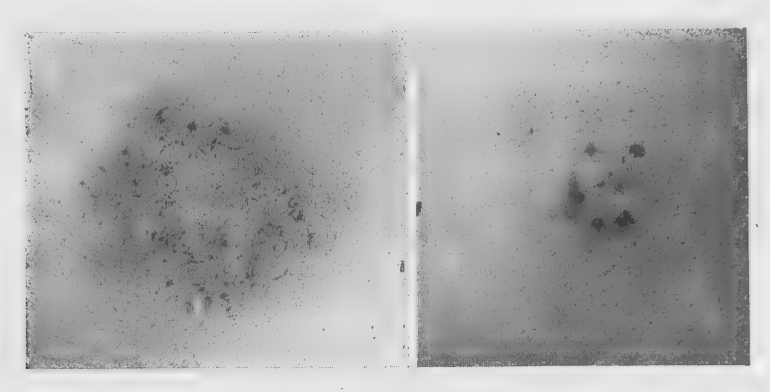


Figure 9. Figure 10.

Trichophyties du menton et de l'épaule dues au T. N. R. apparues simultanément chez la même malade et photographiées le même jour. (Cliché Schaller).

Sur l'épaule un petit bouquet de 5 folliculites agminées, nettement séparées, encerclant trois très petites vésiculettes (photo).

On ensemence sur plusieurs tubes, d'une part les squames du menton, d'autre part les folliculites de l'épaule. Les 6 tubes ensemencés donnent une culture de *Trichophyton Niveum Radians*.

L'intradermo faite ce jour est négative.

Un traitement à l'alcool-éther iodé est prescrit.

Le 26 janvier 1925, nous revoyons la malade qui porte au niveau du bras gauche un tout petit placard folliculaire.

Les lésions de l'épaule sont très améliorées.

Une intradermo faite alors, nous montre, 48 heures après, une réaction très nette constituée par une tache érythémateuse avec au centre un nodule.

Le 10 février 1925, la malade reprend son service guérie.

En résumé : chez la même malade nous constatons simultanément deux lésions d'aspect différent ; au menton il semble s'agir d'une simple épidermite banale ; à l'épaule, l'on constate cinq petites folliculites sèches isolées les unes des autres sans lésion de dermite.

Dans ces deux localisations les cultures ont mis en évidence la présence du *Trichophyton Niveum Radians*.

La réaction à la trichophytine faite trois jours après le début des lésions est négative ; refaite 13 jours après, elle est positive.

Observation VII. — Lam...

26 novembre 1924 — Cette malade a constaté, il y a 2 jours, une

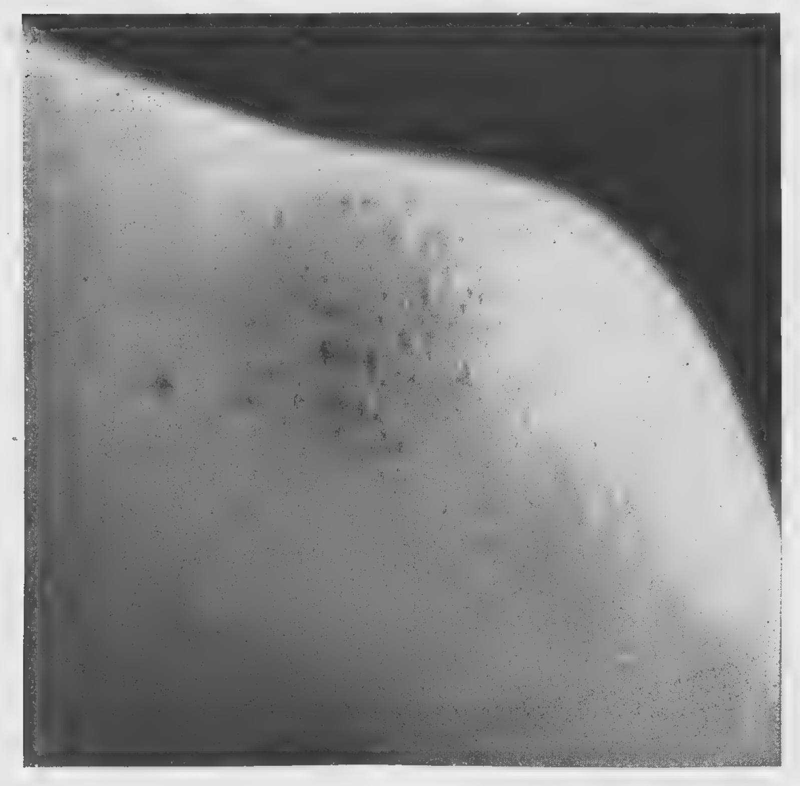


Fig. 11. — Trichophytie de l'épaule due au T. N. R. sous forme de placard arrondi de folliculites sèches. (Cliché Schaller).

petite tache grande comme 2 francs très prurigineuse siégeant à la face postérieure de l'épaule droite. C'est un placard de folliculites sèches, assez irrégulièrement groupées, avec quelques petits éléments aberrants. Il n'y a pas d'infiltration, à peine un léger érythème.

Des cultures sont faites. Une intradermo est très faiblement positive donnant simplement un érythème léger.

Le 2 décembre, la plaque s'est légèrement étendue et a pris un aspect lichénien. Les cultures sont positives. Craignant que la première intradermo n'ait été trop précoce, nous faisons une nouvelle injection intradermique qui, cette fois est franchement positive, avec folliculites saillantes.

La plaque initiale va beaucoup mieux. Elle est traitée par un mélange benzoïque salicylique.

Le 30, la malade est complètement guérie.

En résumé : cliniquement la lésion se présente sous forme d'un groupe de folliculites sèches, très prurigineuses.

La culture met en évidence le *Trichophyton Niveum Radians*.

Une première intradermo-réaction à la trichophytine, pratiquée quelques jours après le début, est négative ; une seconde faite dix jours après est positive et reproduit une lésion à réaction folliculaire nette.

Observation VIII. — Dun...

Le 28 octobre 1925. — Cette malade nous consulte pour une petite

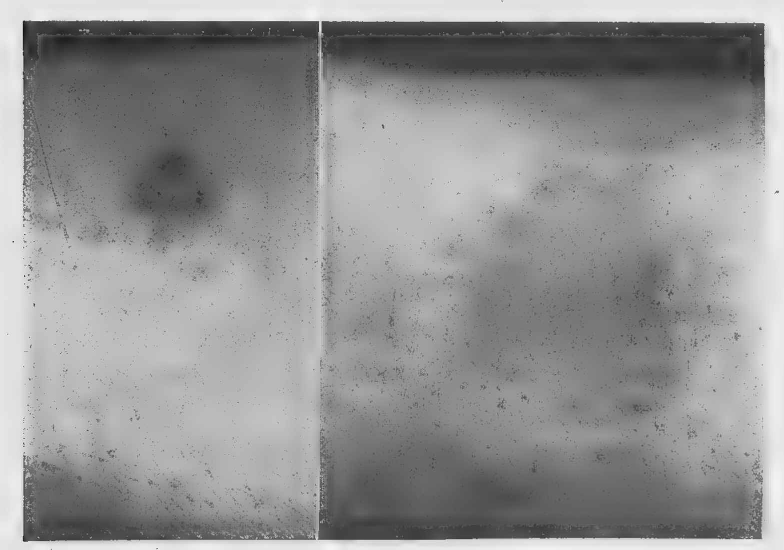


Figure 12. Figure 13.

A gauche : Trichophytie du bras due au T. N. R. rappelant un placard d'eczématide.

A droite : Intradermo-réaction à la trichophytine au 2e jour. On remarquera l'extension rapide de la réaction sous forme de dermine vésiculeuse et les réactions folliculaires du voisinage rappelant la kératose pilaire. Même réaction folliculaire dans les lésions parasitaires (V. figures 1, 5, 8, 9, 11. Cliché Schaller).

lésion du bras gauche apparue il y a une semaine ; c'est une tache érythémateuse à peine du diamètre d'un franc, à bords irréguliers et présentant en dedans de ses bords quelques petites vésicules (photo). Prurit.

Des cultures sont faites.

Une intradermo faites avec une trichophytine monovalente donne une réaction très nettement positive 48 heures après. Cette réaction faite au voisinage de la lésion est plus importante que la lésion initiale, c'est une plaque infiltrée avec spinulosisme (photo 30 octobre 1925).

Le 3 novembre 1925, la malade va beaucoup mieux.

Le 6, les lésions sont en voie de guérison, le placard de réaction trichophytique persiste encore.

Les cultures ont donné un *Trichophyton Niveum Radians.*

Le 13 novembre 1925, la malade est guérie et reprend son service.

En résumé : cliniquement il s'agit d'une petite tache érythémateuse sur laquelle se voient quelques vésicules, pouvant faire penser à une eczématide.

Les cultures montrent la présence du *Trichophyton Niveum Radians.*

La réaction à la trichophytine est très forte, donne lieu à un placard de dermite avec réaction folliculaire, spinulosisme à la périphérie ; cette réaction persiste plus longtemps que la lésion cutanée parasitaire.

Observation IX. — Gui...

22 janvier 1925. — Cette malade se présente à notre consultation et nous montre au niveau de la région sternale une éruption apparue, dit-elle, il y a une dizaine de jours. Il s'agit d'une nappe plus grande qu'une paume de main, légèrement érythémateuse, constituée par une série de petites lésions folliculaires rouges, très légèrement acuminées, disséminées. L'éruption fait nettement penser à des eczématides folliculaires, surtout que la malade présente d'autre part des signes de séborrhée (photo).

La notion de contagiosité possible, étant donné le milieu où vit la malade, nous incite à vérifier le diagnostic. Nous faisons une intradermo à la trichophytine.

De plus, après nettoyage de la peau à l'alcool éther, nous ensemençons sur gélose Sabouraud ces folliculites. 6 tubes ensemencés donnèrent tous des cultures pures de *Trichophyton Niveum Radians.*

L'intradermo-réaction fut nettement positive.

La malade guérit normalement par un traitement local à l'alcool-éther iodé.

Le 6 février 1925 elle reprit son service.

En résumé : il s'agit cliniquement d'eczématides folliculaires siégeant sur la poitrine.

Les cultures ont montré sur 6 tubes ensemencés, la présence sur chacun d'eux du *Trichophyton Niveum Radians*.

L'intradermo-réaction à la trichophytine est positive.

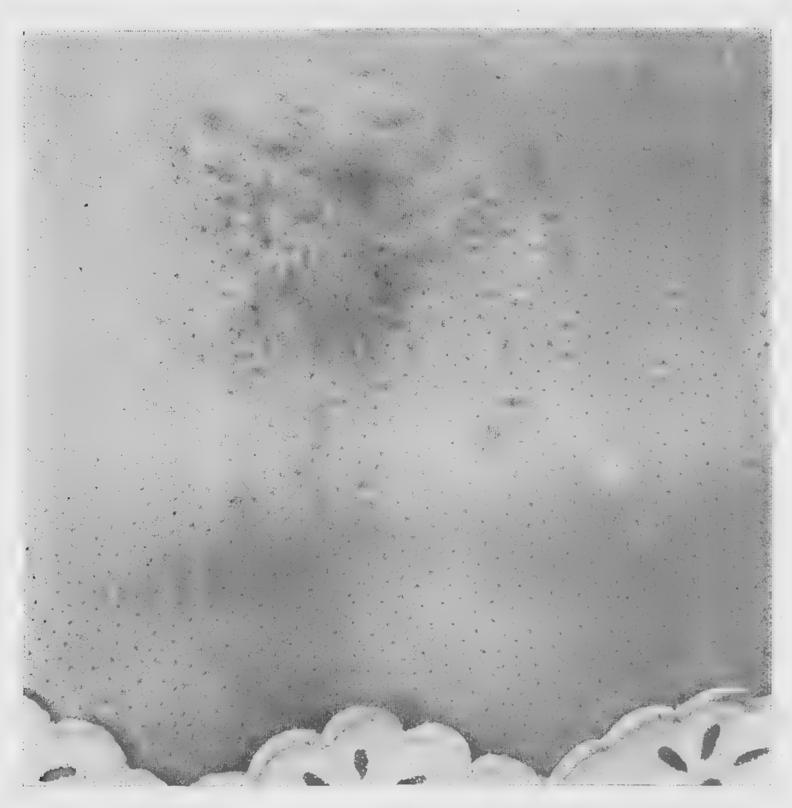


Fig. 14. — Trichophytie de la région antérieure du thorax due au T. N. R. à forme d'eczématide folliculaire. (Cliché Schaller).

Observation X. — Ferr...

Se présente le 24 juin à notre consultation pour des lésions rappelant les éléments de prurigo ; une dizaine de vésicules siègent au niveau de l'épaule droite (photo). Pas d'autres sur le corps. Les lésions datent de quelques jours, aussi attendons-nous pour lui faire une intradermo-réaction. Des cultures sont faites. On injecte ce jour 5 centimètres cubes de Riodine.

Les 27 juin, 1er, 4 et 6 juillet, injection de 5 centimètres cubes de Riodine, avec amélioration progressive.

Le 10 juillet, les éléments sont presque tous guéris.

Une intradermo-réaction faite le 8 juillet donnera trois jours plus tard une réaction très marquée, sous forme d'une large papule dense, saillante, rouge (photo), qui persistera quelques jours.

Nous revoyons la malade le 18, son épaule est absolument guérie. Il y a une desquamation épidermique légère au niveau de l'intradermo-réaction.

Nos ensemencements sont restés stériles.

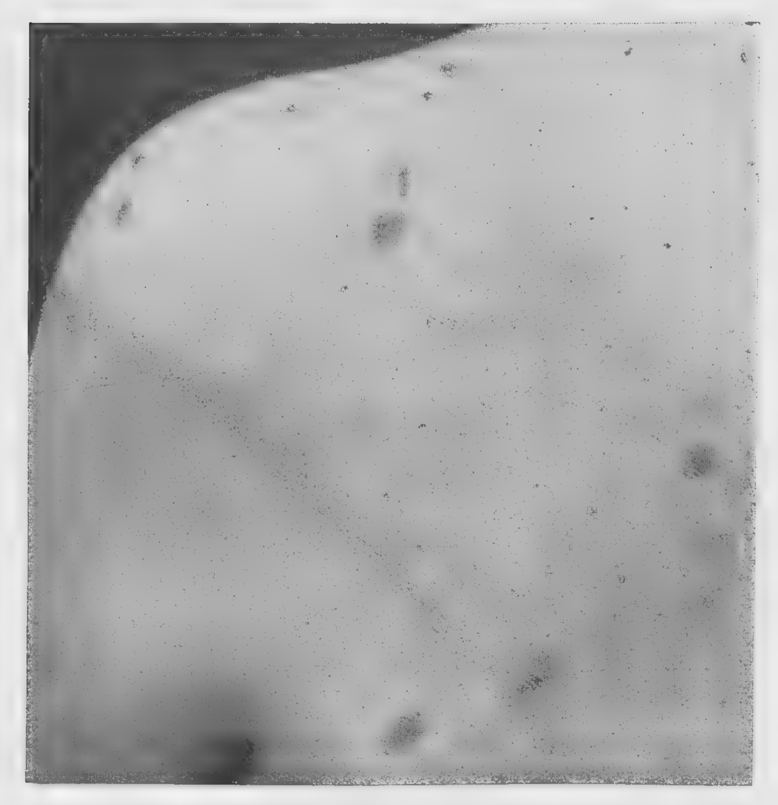


Fig. 15. — Trichophytie de l'épaule et du dos due au T. N. R à type de prurigo disséminé. (Cliché Schaller).

En résumé : cliniquement, les lésions ressemblent à des éléments de prurigo disséminés sur l'épaule droite.

Les cultures ont été négatives.

L'intradermo-réaction à la trichophytine a été fortement positive.

C'est la seule de nos observations dans laquelle la culture soit négative, mais l'apparition de la lésion aü cours de l'épidemie,

son évolution, sa disparition sous l'influence de l'iode administrée par voie veineuse, l'existence d'une intradermo fortement positive, montrent bien que le *Trichophyton Niveum Radians* devait être en jeu.

Observation XI. — Sad...

Le 3 mars 1925, la malade nous consulte pour une lésion de la main droite datant de 15 jours. C'est un placard légèrement ovalaire de 5 centimètres sur 4 centimètres, occupant la face supérieure du pouce, gagnant le pli du pouce et légèrement le dos de la main. Ce placard est un peu saillant à contour régulier, à fond nettement rouge, avec quelques points rappelant des puits eczématiques. Il y a peu de suintement, mais un prurit net. En certains points, il y a ébauche de lichénification.



Figure 16. Figure 17.

A gauche : Trichophytie de la racine du pouce due au T. N. R. à forme d'eczéma lichénifié.

A droite : Intradermo réaction à la trichophytine au 5e jour rappelant la lésion parasitaire de la figure 3. (Clichés Schaller).

Le 5, nous faisons à la malade une intradermo et pratiquons des ensemencements qui montrent la présence du *Trichophyton Niveum Radians*.

Le 6, l'intradermo est légèrement positive. Nous conseillons un traitement par l'alcool-éther benzoïque salicylique. Nous revoyons la malade seulement le 10. La lésion du pouce est très améliorée, avec une légère desquamation au niveau des bords (photo).

La réaction trichophytique a beaucoup augmenté. C'est une plaque

infiltrée, du diamètre d'une pièce de 5 francs avec pustulettes et croûtelles (photo).

Le 23 mars 1925, la lésion du pouce est guérie; l'intradermo ne l'est pas encore.

Le 27, l'intradermo-réaction est complètement guérie aussi.

En résumé : la lésion fait cliniquement penser à un placard d'eczéma lichénifié de la racine du pouce.

Les cultures sont positives.



Fig. 18. — Trichophytie de la région antérieure du cou due au T. N. R. rappelant l'éczématide figurée. (Cliché Schaller).

L'intradermo-réaction à la trichophytine est fortement positive et donne lieu à un placard de dermite rappelant la lésion primitive de la malade ; cette intradermo-réaction peut être également comparée à des lésions parasitaires comme celle de la figure 3.

Cette lésion, déterminée par la trichophitine, tient le milieu entre un placard d'eczéma lichénifié et un placard de parakératose.

Observation XVI. — Mor...

Vient consulter le 26 mars 1926, pour des lésions érythémato-squameuses à large circination, que la malade qualifie de dartres. Elle dit avoir déjà eu quelques chose de semblable plusieurs fois au printemps il y a des années, mais cela disparaissait. Les lésions actuelles ont débuté il y a trois mois dans la région antérieure du cou sous forme de petites taches qui se sont agrandies. On peut lorsqu'on voit la malade, reconnaître quatre segments de cercles dont certains se rejoignent par leur bord et forment une sorte de losange. Il n'y a pas de vésicules. Les squames sont très fines et il y a surtout de l'érythème. L'examen direct ne montre pas de parasites. Des cultures sont faites et furent positives.

Une injection de trichophytine donne une réaction papuleuse qui persiste dix jours après. La malade fait chaque jour des applications d'une lotion à base d'acide benzoïque et salicylique.

Le 13 avril, l'amélioration est très sensible.

Le 23, il persiste seulement une petite tache médiane, avec une légère bordure érythémateuse à gauche.

Le 30 avril, la malade est guérie.

En résumé : la lésion clinique bien que formée par des éléments arrondis ne rappelle pas l'aspect nettement circulaire de la trichophytie ; cette épidermite en forme de losange ressemble à une eczématide.

La culture a été positive et a montré la présence du *Trichophyton Niveum Radians*.

L'intradermo-réaction à la trichophytine a été positive.

Observation XVII. — Aub...

Le 17 juin 1924, cette malade vient consulter pour une éruption de la nuque. Elle est constituée par de petites papules de dimensions variées, les unes punctiformes, les autres moyennes, de forme polygonale, de surface lisse, brillante, de consistance sèche, de couleur nettement rose, groupées en une petite nappe siégeant au niveau de la partie gauche de la nuque. Elles ne sont pas squameuses. La peau présente des hachures marquées. Le prurit est léger.

L'examen extemporané du grattage d'une papule montre des parasites.

Une culture faite montra du *Trichophyton Niveum Radians*.

Nous n'avons pu revoir la malade qui, ayant eu une fracture de jambe, fut hospitalisée à Beaujon où elle guérit par un traitement local iodé.

En résumé : il s'agit cliniquement d'une lésion lichénienne siégeant à la nuque.

L'examen des squames démontre la présence de parasites.

La culture a montré la présence du *Trichophyton Niveum Radians*.



Fig. 19. — Trichophytie de la région latérale du cou due au T. N. R. rappelant un lichen vrai ou une lésion lichénifiée. (Cliché Schaller).

Observation XIV. — Hoch...

Se présente le 24 juin 1924 à notre consultation. On constate au niveau de la région latérale droite du cou l'existence d'un placard assez étendu constitué par de petites papules, semblant folliculaires, de consistance sèche, nettement brillantes, de couleur rouge, assez disséminées. L'éruption fait penser à un placard d'eczématides ou de parakératose ; il n'y a pas de prurit. Le début remonte à une semaine. L'examen extemporané montre des parasites. Des cultures sont faites et se montrent positives dans la suite.

On essaie un traitement par la Néoriodine en injections intraveineuses.

Le 26, les 1er, 4 juillet on injecte 10 centimètres cubes.

Le 11 juillet, on constate que le placard s'est élargi et est moins saillant. On prescrit l'alcool iodé localement. Une intradermo faite ce

jour est très positive le 13, sous forme d'un nodule volumineux, rouge, dur, qui persiste le 15.

Le 18, au niveau de l'intradermo reste une tache ovale pigmentée.

Le 23, la malade est guérie.



Fig 20. — Trichophytie de la région latérale du cou due au T. N. R. rappelant un placard de parakératose ou d'eczématide. (Cliché Schaller).

En résumé : la lésion siégeant sur le cou rappelle un placard d'eczématides ou de parakératose.

L'examen sur lame montre des parasites.

Les cultures démontrent la présence du *Trichophyton Niveum Radians*.

L'intradermo-réaction à la trichophytine a été positive.

Dans cette lésion très superficielle le traitement externe a agi beaucoup plus efficacement que le traitement interne au moyen d'injections de Riodine.

De la description classique donnée par Sabouraud des lésions cutanées déterminées par le *Trichophyton Niveum Radians*, de celle que nous avons rapportée au début de ce chapitre représentant la forme la plus commune que nous ayons rencontrée au cours de cette épidémie et surtout des observations précédentes, il résulte que les diverses manifestations de ce parasite diffèrent souvent les unes des autres.

En effet sur quelques malades bien authentifiées, 57 présentent des formes typiques faciles à diagnostiquer, et 42 sont au contraire plus difficiles à cataloguer.

Dans la première série, il s'agit de lésions se présentant sous forme de placards rouge-brun, légèrement surélevés, de forme circulaire sur lesquelles sont essaimées des vésico-pustules, des folliculites sèches ; à la périphérie se voient souvent des lésions spinulosiques. Ces éléments sont presque toujours prurigineux, peu nombreux, souvent uniques car les malades prévenues, n'attendaient pas pour se présenter au médecin. Comme nous l'avons déjà dit, ces lésions ne se voyaient guère que sur des régions glabres et découvertes, les formes en placards uniformes nous ont paru plus fréquentes que les formes en cercles concentriques classiques de la trichophytie cutanée.

Sur les 42 autres malades nous avons observé des formes différant des types classiques ; de nombreux médecins fréquentant notre service purent les examiner, et, comme nous, sur le seul aspect clinique, auraient probablement porté un diagnostic inexact, si, guidés par la notion d'épidémicité, nous n'avions pas mis en œuvre les recherches nécessaires pour les rapporter à leur véritable cause. Nous avons constaté de multiples formes rappelant des éléments de psoriasis, de pityriasis simplex, de pityriasis rosé, d'épidermite, de parakératose, d'eczématides, de lichen plan, de folliculites sèches isolées ou agminées, etc... Ce qui, à première vue, pouvait faire penser qu'il ne s'agissait pas de ces maladies, c'était surtout la rapidité de l'évolution, la limitation de la lésion, le groupement des éléments la constituant, l'absence de généralisation et très souvent un prurit assez violent. Les quelques documents photographiques ci-joints sont plus éloquents que toute description ; dans tous les cas reproduits, sauf un (fig. 15), nous avons retrouvé le même parasite sur lames, dans les cultures et la réaction à la trichophytine a été nettement positive. Chez la malade dont les lésions à type de prurigo, sont

reproduites à la figure 15, les cultures ont été négatives, mais la réaction à la trichophytine fortement positive, l'évolution des lésions rapidement guéries par l'iode, nous autorisent à la considérer comme atteinte de trichophytie.

Sans vouloir insister sur ces faits que les documents photographiques rendent plus objectifs que toute description ; il nous paraît plus intéressants d'en dégager deux notions d'ordre pratique :

1° Si l'on parcourt les ouvrages didactiques, et en particulier ceux de Sabouraud, si l'on examine les moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, il en ressort cette conclusion que la trichophytie cutanée des régions glabres se présente ordinairement sous le type classique de l'herpès circiné. Selon la variété de trychophyton, selon le siège de la lésion, son aspect peut se modifier et c'est ainsi que Besnier a décrit des herpès circinés, discoïdes, érythémateux, squameux, vésiculeux, pustuleux, phlycténoïdes, eczématoïdes, dysidrosiformes, lichénoïdes, etc. Il est vrai qu'au moment où il étudiait ces formes, il ignorait l'espèce de trichophyton en cause et les décrivait en bloc, du seul point de vue clinique ; aussi ne pouvait-on préciser à cette époque si le même parasite produit toujours des types semblables ou si, dans les formes décrites par Besnier, des parasites différents intervenaient. Plus tard, M. Sabouraud, par sa description des cultures et leur superposition aux types cliniques, a résolu le problème en formulant sa loi de spécificité des trichophytons. Dans son beau volume sur les *Teignes*, il écrit à la page 249 : « C'est la loi de correspondance entre le type clinique d'une lésion et l'espèce parasitaire qui la cause » et page 250 : « Quand plusieurs individus sont contaminés dans le même groupe ou la même famille, c'est toujours le même trichophyton que l'on retrouve dans les mêmes lésions. Aussi, même sur des sujets différents, les lésions présentées sont-elles d'une homotypie évidente. Il suffit, pour vérifier ces lois, d'examiner, à ce point de vue, les moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, faits pour la plupart avant même mes premières recherches. Sauf deux, tous les autres confirment cette règle. »

Or, ce qui nous a souvent embarrassés au début de cette épidémie et dans la suite nous a particulièrement instruits, c'est que nous avons vu le même parasite produire sur des individus différents des lésions assez éloignées du type classique de l'her-

pès circiné, ce qui est banal, mais surtout fort différentes les unes des autres. Bien plus que l'aspect clinique, c'est avant tout la notion d'épidémicité qui, dans nombre de cas, nous a guidés vers le diagnostic de trichophytie cutanée et incités à le vérifier par des cultures et des recherches biologiques.

Nous avons pu ainsi ramener à leur véritable cause toute une série de lésions qui, en dehors des circonstances dans lesquelles nous les avons observées auraient pu nous échapper.

Il résulte de tous ces faits que le même parasite peut chez des individus différents créer des lésions dissemblables et que même chez le même individu, selon les régions atteintes, la lésion peut différer d'aspect (obs. VI. fig. 9 et 10).

Ce n'est pas dans des modifications de la virulence du parasite, qu'il faut rechercher la raison du polymorphisme des lésions, car, au cours de cette épidémie, il n'a pas varié et aussi bien au commencement qu'à la fin nous avons retrouvé des lésions comparables ; ce n'est pas non plus dans l'existence d'infections surajoutées, car, presque dans tous les cas, nous avons obtenu d'emblée des cultures pures ; c'est beaucoup plus à notre avis dans des questions de terrain, de réactions individuelles, dans les différences de structure de la peau selon les régions où se sont faites les inoculations qu'il faut rechercher la solution de ce problème qui se pose à chaque instant en pathologie cutanée. Cette épidémie représente à notre avis un document précieux pour des recherches ultérieures dans ce sens.

2° En second lieu, que le même parasite puisse créer des lésions dissemblables, il ne faut pas s'en étonner : il en est souvent ainsi en pathologie ; jamais l'on ne rencontre deux malades exactement superposables et si les symptômes ne sont pas toujours les mêmes, il donnent, par leur ensemble, aux divers malades atteints du même mal, un air de famille permettant au médecin de reconnaître le groupe vers lequel il doit orienter son diagnostic et ses recherches.

Ce qui dans cette épidémie a donné aux lésions observées cet air de famille qui nous a permis de les rapprocher, puis de les diagnostiquer c'est d'abord la notion d'épidémicité, puis tout de même l'aspect des lésions. Qu'elles se soient présentées sous le type classique de la trichophytie cutanée, ou sous une forme anormale, toujours nous avons retrouvé un certain nombre d'éléments qui nous ont servi de point de repère. Ce sont :

a) des lésions de dermo-épidermite ;

b) des réactions folliculaires soit au lieu même de la lésion soit à sa périphérie sous forme de spinulosisme ou de kératose pilaire ;

c) le groupement de ces lésions en forme arrondie ;

d) leur extension en tache d'huile et la rapidité de leur évolution ;

e) leur siège limité aux régions découvertes et ne les dépassant guère, sauf dans un cas où la lésion siège à la jambe ;

f) l'absence de symétrie dans les localisations des lésions ;

g) le prurit : symptôme important que présentent presque tous nos malades ;

h) l'intégrité des poils ;

i) la possibilité de se présenter sous l'aspect d'eczématides, de parakératose, de lichen etc. ;

j) la possibilité de déterminer des lésions suppurées d'aspect furonculeux.

Pratiquement se dégage cette importante notion, c'est qu'il ne faut pas croire que la trichophytie cutanée se présentera toujours sous forme de lésions typiques. Bien plus, selon les individus, selon leur siège, même lorsqu'elles sont déterminées par le même parasite, elles peuvent être très polymoaphes. Si l'on n'a pas la chance d'être guidé, comme nous l'avons été, par la notion d'épidémicité l'on risque de s'égarer : aussi en présence de lésions ayant un air de famille les rapprochant de celles que nous venons d'étudier il faut penser à la possibilité de la trichophytie et mettre en œuvre aussitôt les recherches de laboratoire susceptibles de donner la certitude du diagnostic.

II. — Etude parasitologique et épidémiologique

A. — *Parasitologie.*

1° *Le parasite.* — Ainsi que nous l'avons écrit au début de ce mémoire, sur 1.000 employées du ministère, 194 nous ont été adressées pour des lésions cutanées diverses ; sur 99 d'entre elles nous avons pu mettre en évidence la présence du *Trichophyton Niveum Radians*, soit par des examens sur lames, soit surtout par des cultures.

A part des infections banales révélées par des cultures, c'est le seul trichophyton que nous ayons rencontré au cours de cette épidémie et toujours, aussi bien au commencement qu'à la fin, il se présenta sous le même aspect. Nous avons montré à plusieurs reprises à M. Sabouraud ou dans son laboratoire nos lames, nos cultures, et nous le remercions de nous avoir si aimablement fait profiter de sa haute compétence en cette question.

Sur les squames prélevées au niveau des lésions, nous avons constaté facilement la présence du parasite par un simple examen entre lame et lamelle : ce sont des filaments mycéliens formés de spores relativement petites, très réfringentes, dont l'on retrouve une figure très nette à la page 376 du volume de M. Sabouraud sur *Les Teignes.*

Chez 75 o/o des malades le parasite a été facilement retrouvé.

2° *Les cultures.* — C'est sur l'aspect de ses cultures que ce parasite a été dénommé. Les Trichophytons niveums appartiennent au groupe des Trichophytons microïdes : les cultures sur milieu Sabouraud sont duveteuses, d'un blanc de neige ; elles sont entourées d'une multitude de délicats rayons gladiolés, ainsi qu'on peut le voir sur la planche XXI du même volume.

Ce parasite se cultive très facilement, en partant des squames épidermiques ; nous ne l'avons jamais rencontré au niveau des poils. Presque toujours la culture est pure d'emblée.

Il semble assez résistant aux agents thérapeutiques car nous avons pu le cultiver, même après des frictions cutanées à l'alcool, et même quelquefois en partant de lésions en cours de traitement. Il nous paraît inutile d'insister sur ces faits bien connus.

3° *La toxine.* — Soit dans le bouillon maltosé au sein duquel poussent les cultures, soit dans le corps même du parasite l'on retrouve une substance présentant les divers caractères d'une toxine. On lui donne le nom de trichophytine.

Le *Trichophyton Niveum Radians* sécrète cette substance en grande abondance et comme nous le verrons plus loin, elle peut être utilisée en injection sous-cutanée ou mieux intradermique pour le diagnostic.

Il ne semble pas que la trichophytine, employée directement, soit douée de propriétés curatives ou préventives.

L'action de la trichophytine extraite du *Trichophyton Niveum Radians* détermine des réactions cutanées, non seulement chez les malades atteints par le *Trichophyton Niveum Radians*, mais

encore chez d'autres présentant des mycoses de diverses variétés.

4° *Résultats de l'inoculation du Trichophyton Niveum Radians.* — Il peut être inoculé accidentellement à l'homme et expérimentalement à l'animal : le cobaye est le réactif de choix.

Chez l'homme, la lésion débute par une petite papule rouge-brun, très prurigineuse d'emblée ; à son niveau l'épiderme déb-squame dès le début. La papule s'étend peu à peu en tache d'huile, infiltre la peau qui petit à petit s'infiltre et augmente d'épaisseur ; alors peuvent apparaître des lésions vésiculeuses et folliculaires, comme celles que nous avons déjà décrites.

La forme de dermo-épidermite est plus fréquente que l'épidermite simple.

L'action du parasite s'étend aussi vers les follicules pilaires mais ne les atteint que légèrement ; il ne produit pas de kérion. Nous avons cependant observé chez deux malades la formation de petits abcès à forme de furoncles et dans l'un d'eux l'on put retrouver en culture le *Trichophyton Niveum Radians* ; nous avions pris soin de bien désinfecter auparavant la surface cutanée.

Nous avons noté, à distance des lésions, des réactions folliculaires fréquentes à forme sèche comme dans la kératose pilaire. Ce spinulosisme doit être en rapport avec l'action toxique du parasite car des injections de trichophytine le reproduisent très fréquemment, ainsi qu'on peut le constater sur les photographies précédentes.

Enfin l'inoculation à l'homme du *Trichophyton Niveum Radians* ou de sa toxine ne détermine pas d'immunité, ainsi qu'en témoignent les récidives et l'absence d'action préventive des injections de trichophytine.

Chez le cobaye, qui est l'animal de choix, l'inoculation cutanée est régulièrement positive au bout d'une semaine. Après épilation, puis friction des téguments au papier de verre fin imbibé de la culture virulente, l'on voit se développer une petite tache rose qui devient croûteuse ; les poils sont entourés de squames, que le microscope montre feutrées d'éléments mycéliens.

Les inoculations à l'animal révèlent deux séries de faits intéressants que nous avons vérifiés en employant notre échantillon de *Trichophyton Niveum Radians.*

Tout d'abord à l'encontre de ce qui se passe chez l'homme,

l'on constate chez le cobaye qu'outre l'immunité locale à laquelle donne lieu le développement d'une lésion trichophytique, il se produit chez lui une véritable immunité générale.

Sabouraud avait noté depuis longtemps la difficulté qu'il y avait à faire, chez le même animal, des réinoculations successives, et Citron a supposé que cette difficulté tenait à des modifications anatomiques cicatricielles se produisant au lieu même de la première inoculation. Ce sont les recherches de Bloch et Massini qui ont vraiment démontré que l'existence d'un foyer parasitaire faisait apparaître chez l'animal une immunité générale, complète et durable.

Alors qu'après une inoculation, chez l'animal neuf, se développe au bout de 4 à 6 jours un foyer typique qui évolue en une dizaine de jours et se cicatrise spontanément, les réinoculations tentées chez le même animal ne donnent lieu qu'à une réaction traumatique légère, sans que se montre le placard trichophytique.

Il apparaît donc, chez l'animal, entre le 6e et le 8e jour qui suit l'inoculation une immunité durable, pouvant se prolonger pendant plusieurs années, pourvu que la première inoculation ait été strictement cutanée et ait été pratiquée suivant la technique indiquée plus haut. De plus, cette immunité qui semble une propriété cellulaire, s'établit non seulement vis-à-vis du parasite en cause, mais aussi bien vis-à-vis des autres achorions que des trichophytons et des microsporons.

De nombreux auteurs, reprenant les expériences de Bloch et Massini et en confirmant la portée générale, ont cependant émis quelques réserves.

C'est ainsi que Jadassohn a observé, non pas une absence totale de « réponse » aux inoculations successives, mais la présence de réactions locales de plus en plus abortives, jusqu'à ce que se constitue un véritable état d' « allergie ». Il lui semble qu'il s'agit non pas d'une impossibilité des téguments à répondre à l'inoculation des parasites, mais d'une élimination massive de ces parasites par la peau, rappelant le phénomène de Koch.

De même Bruhns et Pryteck, Alexander, n'ont réalisé avec des parasites prélevés à des foyers superficiels qu'une immunité relative. Lombardo, Tomascewski ont fait les mêmes constatations chez le cobaye; elles sont bien moins précises chez les autres animaux de laboratoire.

Nous avons vérifié à notre tour ces faits, chez le cobaye, à l'aide du *Trichophyton Niveum Radians* prélevé sur les foyers superficiels de nos malades. Nous avons mis en évidence une immunité absolue, nos cobayes s'étant montré, totalement réfractaires à une deuxième inoculation, confirmant ainsi, avec le *Trichophyton Niveum Radians* les recherches antérieures faites avec d'autres espèces de Trichophytons.

Chez l'homme néanmoins les choses se passent de façon sensiblement différente et tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'un même sujet peut présenter, à de multiples reprises, des foyers trichophytiques certains, ainsi qu'en témoignent nombre de nos observations. Et néanmoins, il y a quelque chose de changé dans l'organisme du sujet qui a fait, même de nombreuses années auparavant, une malade mycosique de la peau, puisque sa réaction à la trichophytine est positive, et le reste, comme nous aurons l'occasion de le développer plus loin.

En second lieu, et c'est là un autre point intéressant de pathologie cutanée, il faut noter que l'immunité n'est obtenue chez l'animal que par le moyen de l'inoculation externe; tous les autres modes de pénétration des parasites ont été tentés mais sont restés inefficaces; néanmoins Saeves, ayant pratiqué chez le cobaye des injections intracardiaques de spores, a vu apparaître sur la peau de petits éléments riches en parasites. D'autres auteurs ont signalé la chute des poils chez l'animal à qui étaient faites des injections intraveineuses de parasites (Masia); Jessner, Hoffmann ont noté, après injection sous-cutanée de spores, l'apparition de nodules qui parfois se ramollissent, et dont le pus poussait en milieu approprié. Toutefois, il n'ont pu inoculer le cobaye en partant de ces colonies.

Urechia et Tataru ont obtenu des formations méningées pseudo-tuberculeuses, par injections sous-durales de cultures; Fischer a noté chez le lapin un foyer parasitaire à l'œil après injection intraveineuse de parasites, mais, et c'est là le point principal, aucun de ces modes d'inoculation n'éveillait chez l'animal l'immunité acquise par la friction des téguments.

Tout récemment MM. Brocq-Rousseu, Ach. Urbain et J. Barotte (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLI, mai 1927), introduisant chez le cobaye une émulsion de *Trychophyton Gypseum* par les voies endo-veineuse, intra-péritonéale, sous-cutanée et perorales, ont vu apparaître des plaques cutanées au niveau de scari-

fications faites à la région dorsale, ce qui prouve bien la tendance dermotrope du parasite, celui-ci « a tendance quelle que soit sa voie d'introduction, à se localiser au revêtement cutané, et, si celui-ci est lésé, le champignon se développe au lieu même de la lésion ».

Nous avons essayé de répéter ces dernières expériences avec le *Trichophyton Niveum Radians* ; les lésions cutanées déterminées par scarification ont rapidement cicatrisé sans que jamais nous n'ayons pu obtenir de cultures. Nous avions pris toutes les précautions nécessaires pour éviter les contaminations possibles par des parasites contenus soit dans les déjections ou les urines des cobayes inoculés, ce qui est toujours possible lorsque des doses massives de parasites sont introduites par les voies veineuse ou buccale.

Quoi qu'il en soit de ces expériences, c'est que si, chez l'homme, le *Trichophyton Niveum Radians* inoculé au niveau des téguments ne produit pas d'immunité, en revanche, chez l'animal son action est toute autre puisque des inoculations cutanées déterminent rapidement non seulement une immunité locale mais générale.

De plus il nous paraît tout à fait intéressant de constater que dans ces inoculations expérimentales l'immunité n'est obtenue que si elles sont faites au niveau de la peau, alors que tous les autres modes de pénétration du parasite restent inefficaces.

Ces faits mériteraient une étude détaillée et plus complète, car certaines de ces expériences sont parfois contradictoires.

Ils pourraient être le point de départ de recherches très intéressantes et contribueraient peut-être à éclaircir le rôle que nous commençons à attribuer au revêtement cutané dans différents problèmes de pathologie générale.

B. — *Epidémiologie.*

Cette épidémie de trichophytie cutanée prit naissance au début de 1923 parmi le personnel féminin au Ministère des Finances, à l'annexe de la « Nouvelle-France ». Les premières malades traitées d'abord à l'Infirmerie du Ministère, par notre ami le D[r] Charcellay, médecin de l'Administration des Finances, furent par la suite, en raison de la progression croissante des cas, envoyées en consultation dans le service de l'un de nous à l'Hôpital Saint-Louis, où nous avons pu les étudier et les suivre.

Sur 1.000 employées, 99 ont été certainement atteintes car le *Trichophyton Niveum Radians* a été retrouvé chez elles ; 95 ont présenté des lésions cutanées, les unes banales, les autres peut-être trichophytiques, mais nous ne tenons pas compte de ces dernieres car nous n'avons pas pu fournir la preuve de leur nature. En somme 5 o/o du personnel a été certainement atteint.

Voici comment nous avons reconstitué l'évolution de cette épidémie.

Tout d'abord il semble que le germe initial ait été introduit par un chat. En raison de l'abondance des souris pullulant dans ces vieux locaux, tous les chats du quartier s'y donnaient rendez-vous et pendant la nuit on les y laissait chasser. Bien que nous n'ayons jamais pu nous procurer un seul d'entre eux, il semble qu'ils aient été les introducteurs du germe, car aucun autre animal ne séjourna dans cet établissement. Ils avaient toute liberté pour s'y promener la nuit et contaminer papiers, vêtements de travail, sièges, etc...

Comme, dans cette annexe, l'on s'occupe des pensions, nous avions d'abord pensé que les nombreux dossiers manipulés par les employés, passant de main en main, de bureau en bureau, disséminaient les parasites. Pour de multiples raisons nous avons abandonné cette piste et nous pensons que la transmission s'est produite par les vêtements. En effet, en arrivant à leur travail, les employées avaient pris l'habitude de les entasser les uns sur les autres ; souvent lorsqu'elles sortaient momentanément elles prenaient le premier vêtement venu, risquant ainsi de s'inoculer ; de plus, dans ce désordre, le germe pouvait plus facilement se répandre de lui-même : c'est ce qui explique le mieux le siège deslésions aux bras, au cou, à la poitrine, l'absence de contagion dans le personnel masculin, d'ailleurs bien moins nombreux. Dans la suite, sans modifier l'état des dossiers, ni le fonctionnement des bureaux, l'épidémie finit par s'éteindre rapidement lorsque l'on eût stérilisé les porteurs de germes et donné à chaemployée un porte-manteau individuel.

Cette opinion fut ratifiée par une Commission nommée par le ministre pour étudier ces faits et rassurer l'opinion publique émue par les articles de certains journaux quotidiens.

Elle se réunit à la Caserne de la « Nouvelle France » le 28 mars 1924, sous la présidence de M. Tremeau, directeur du

personnel et du matériel. Etaient présents : M. le professeur Léon Bernard, MM. les docteurs Jules Renault, P. Ravaut, Charcellay, MM. Blanchon, Théry, Breton et Chamski.

M. le professeur Léon Bernard présente les conclusions de la commission médicale, et cela d'autant plus aisément, dit-il, qu'elles se déduisent de faits évidents et de constatations certaines. On est en présence d'une affection dont le germe est certainement transmis de malade à malade, puisque c'est toujours le même *Trichophyton Niveum Radians* qui se décèle à l'examen des diverses plaques.

Les femmes sont seules atteintes, encore la contagion ne sévit-elle que dans une partie des bâtiments.

Il n'est donc pas à retenir que l'état des locaux soit pour quelque chose dans l'origine du mal. Dans de mêmes bâtiments occupés successivement par deux équipes d'employées, une seule s'est montrée contaminée. Certaines parties de la caserne sont toujours restées indemnes.

Après avoir examiné les différents modes de contagion possibles, on s'est arrêté surtout aux robes et vêtements.

Le parasite a-t-il été apporté du dehors par une employée ignorant son état ou par un des chats amenés à l'annexe pour y détruire les souris, on ne peut le dire. Il apparaît, en tout cas, que le parasite s'est ensuite propagé par l'intermédiaire des vêtements, tours de cou, manteaux et fourrures accrochés pêle-mêle à des porte-manteaux, et dont les employées usaient indistinctement pour faire une course au dehors, par erreur ou par insouciance.

Cet échange continuel de vêtements explique facilement la localisation presque exclusive des lésions au niveau des régions découvertes : cou, nuque, bras, et la recrudescence estivale de l'épidémie, c'est-à-dire au moment où ces régions sont constamment découvertes, et où les employées ne portent pas de vêtements de laine pour se protéger du froid.

A la suite de ces conclusions, les mesures suivantes furent adoptées :

a) L'installation d'une chambre de désinfection à la « Nouvelle France » permettant de soumettre aux vapeurs de formol les vêtements du personnel atteint ;

b) L'édification de vestiaires individuels ;

c) L'isolement des malades.

d) Quant au traitement prophylactique par ingestion ou injection intraveineuse de solution iodo-iodurée par injection de trichophytine, on dut l'abandonner vu son inefficacité.

L'épidémie se prolongea jusqu'en 1926, atteignant en tout environ 200 femmes, toutes employées à la « Nouvelle France » ; elle n'a pas dépassé les limites de la caserne et aucune de nos malades ne nous a présenté de membres de sa famille ayant été victimes d'une contamination.

En second lieu, aucune forme n'a paru bien grave et n'a nécessité de précaution plus rigoureuse.

Aucune mesure spéciale n'a été prise à l'égard des locaux et surtout du matériel car il eut été presque impossible de désinfecter les centaines de mille de dossiers manipulés sans cesse par le personnel ; c'est au contraire en supprimant les porteurs de germes que s'est éteinte cette épidémie.

III. — Etude biologique

Actuellement, les trichophyties, même les plus discrètes et les plus superficielles, ne doivent plus être considérées comme des affections purement locales, mais leur étude doit s'étendre, comme celle de toute maladie, à la recherche de phénomènes cachés, se passant au sein même de l'organisme. De nombreux travaux, surtout étrangers, en ont bien montré tout l'intérêt et, depuis plusieurs années, nous dirigeons nos recherches dans ce sens, à propos de chaque cas pouvant être attribué à une infection d'origine mycosique. Déjà dans sa thèse, l'un de nous en a souligné tout l'intérêt et y a commencé l'étude de cette épidémie (Basch, Les réactions humorales au cours des trichophyties, *Thèse de Paris*, 1925).

Au cours de ce travail nous l'avons poursuivie. Très prochainement notre élève Laroche, dans sa thèse, publiera nombre de recherches intéressantes sur ce sujet.

Pour être complet, un diagnostic dermatologique ne doit pas être basé uniquement sur l'aspect objectif des lésions, il doit être aussi étiologique. Certes l'étude morphologique ne doit jamais être négligée ; nous devons cependant en vérifier les données, ou le sens dans lequel elle nous oriente, par tous les moyens dont nous disposons. Si dans l'étude que nous poursuivons, nous n'avions eu que l'examen clinique pour guider notre

diagnostic, bien souvent il eut été inexact ou douteux. Seule la constatation du parasite sur lames ou dans les cultures nous a fourni les éléments de contrôle et donné souvent la certitude que nous demandions.

Mais à côté de ces moyens de recherches, il en est d'autres, tirés de l'étude biologique du malade, susceptibles parfois de nous donner des renseignements du plus haut intérêt. Ces procédés d'investigation, relativement récents en matière de trichophytie, méritent de retenir notre attention par les déductions et les aperçus nouveaux qu'ils nous permettent d'entrevoir non seulement dans ce cas particulier mais pour la dermatologie en général.

Autant que nous l'avons pu, nous avons tenté d'en faire l'application à l'étude de cette épidémie et nous en rapportons les principaux résultats.

Les recherches pratiquées sur le sang ne nous ont donné, ainsi qu'à de nombreux auteurs d'ailleurs, que des renseignements secondaires ; au contraire ceux qui nous ont été fournis par l'étude des réactions cutanées obtenues au moyen d'injections de trichophytine nous semblent de première importance. Etudions-les successivement :

A. — *Etude du sang et du sérum.*

1° *Recherches de l'agglutination.*

Nous avons cherché à réaliser la sporo-agglutination, telle qu'elle avait été appliquée pour la première fois par MM. Widal et Abrami, dans un cas de sporotrichose.

Nous nous sommes heurtés aux difficulés rencontrées avant nous par Citron.

Nous avons procédé à cinq essais de sporo-agglutination chez quatre malades et un témoin. Devant les difficultés que nous avons eues à retrouver des spores en quantité suffisante après filtrage sur papier-filtre ordinaire, nous avons fait, après broyage au mortier de colonies prélevées sur gélose Sabouraud, une émulsion de spores dans de l'eau physiologique. Une goutte de cette émulsion (prélevée après agitation préalable, car la décantation est des plus rapide) doit montrer à l'objectif 6 ou 7 une cinquantaine de spores éparses dans le champ. Au cours de nos essais avec du sérum de trichophytique pur et aux dilutions de 1/10e,

1/50e, 1/100e, 1/120e, nous n'avons abservé la formation d'aucun amas. Quant à l'agglutination microscopique, elle est impossible à faire, les spores tombant d'elles-mêmes au fond du tube.

En résumé, cette recherche ne nous a donné aucun résultat intéressant.

2° *Recherche de la déviation du complément.* — Elle avait été tentée sans succès par Sutter qui utilisait comme antigène la trichophytine ; Pecori, Kusunoki obtiennent les mêmes résultats négatifs. Carol, utilisant le même antigène, conclut de ses essais que la réaction de fixation est positive dans les formes profondes, partiellement positive dans les formes superficielles. Kolmer et Strikler, Blumenthal et Haupt, utilisant comme antigène une émulsion de parasites, mettent en évidence de façon constante les anticorps dans le sérum sanguin.

Nous avons eu des résultats négatifs dans 2 cas, en utilisant comme antigène la trichophytine de Bruno Bloch, mais sans doute cette substance a-t-elle un pouvoir antigénique trop faible, comme le font remarquer MM. Brocq-Rousseu, Ach. Urbain et J. Barotte. Ces derniers auteurs, utilisant une émulsion de trichophyton *equinum* ou *Gypsœum*, et recherchant les anti-corps chez le cobaye récemment inoculé, ont eu sur 14 cobayes :

8 réactions de fixation très positives,

5 réactions de fixation légèrement positives,

1 réaction de fixation négative.

En résumé, nous n'avons pratiqué cette recherche que dans 2 cas qui ont été négatifs, et nous n'avons pas poursuivi plus loin cette étude, n'ayant eu à étudier que des formes superficielles. Néanmoins, il serait intéressant de reprendre ces expériences en utilisant comme antigène des spores et non plus la trichophytine.

3° *Hémocultures.* — Nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer la culture du sang chez nos malades, dans le but de retrouver le parasite. Cette recherche n'est en effet fructueuse que dans les formes fébriles généralisées, et encore dans un très petit nombre de cas. Ambrosoli sur 487 ensemencements pratiqués chez des sujets porteurs de trichophyties profondes, n'a eu qu'un seul résultat positif ; Gessner, Masia ont pu mettre en évidence le parasite dans le sang circulant.

Mais à l'exemple de Miescher, nous avons trouvé dans deux de nos cas, à la suite d'une réaction à la trichophytine une leucocytose

à 11.300, avec forte prédominance des polynucléaires neutrophiles.

B. — *Etude des réactions cutanées déterminées par les injections de trichophytines.*

Les trichophytons en se développant à la surface ou dans la peau de l'homme ou des animaux modifient l'état humoral du sujet, créent un état d'allergie que l'on peut mettre en évidence par des injections sous-cutanées et surtout intradermiques de trichophytine. En particulier le *Trichophyton Niveum Radians* semble doué de propriétés spéciales car presque tous nos malades ont présenté un état d'allergie très manifeste, même pour des lésions minimes et superficielles ; d'autre part les bouillons de culture de ce champignon nous ont fourni une trichophytine qui nous a toujours semblé très active.

Avant d'aborder l'étude des résultats que nous avons obtenus dans cette voie, il ne nous paraît pas inutile de reprendre l'historique de ces faits dont, en France, l'on a jusqu'à présent beaucoup trop négligé l'étude.

Plato et Neisser furent les premiers qui, en 1902, préparèrent avec le produit de broyage et de filtrage de cultures trichophytiques, un liquide qui, injecté dans le derme des malades, ou appliqué par scarification, provoquait une rougeur locale intense ; ils eurent également l'idée d'appliquer cette méthode au traitement des foyers parasitaires infiltrés, et obtinrent des résultats satisfaisants. Mais la mort prématurée de Plato interrompit ces recherches. Truffi les reprit un an plus tard, mais fut effrayé des fortes réactions générales déclenchées par l'injection du filtrat pratiqué dans un but curatif, aussi conclut-il à l'abandon de ces méthodes dont les avantages ne compensaient pas à ses yeux les réels inconvénients ; cependant il leur reconnaît un véritable intérêt diagnostique.

C'est à Bruno Bloch que revient le mérite d'avoir su discerner les avantages de cette méthode, d'avoir réglé la technique de la préparation de la trichophytine, d'avoir cherché à préciser l'aspect de la réaction locale, mais surtout d'avoir rattaché ses faits aux grands problèmes de l'immunité et de l'allergie.

A sa suite, de très nombreux auteurs vérifièrent ses conclusions soit à l'aide de sa propre trichophytine, soit à l'aide de produits préparés par eux.

Bruno Bloch a utilisé l'*Achorion quinckeanum* à l'aide duquel il a poursuivi tous ces essais sur le cobaye. Mais de nombreux auteurs, Pollacci, Hochst, Stein ont utilisé une trichophytine polyvalente. Il ne semble pas que le choix du pasasite ait une véritable importance.

On ensemence largement à l'aide du ou des parasites des ballons de bouillon maltosé qu'on laisse 2 à 3 mois à la température du laboratoire ; au bout de ce laps de temps, les parasites sont broyés dans leur propre bouillon de culture, et le produit obtenu est utilisé après filtration sur bougie et addition de 25 o/o d'acide phénique. Cette trichophytine est utilisée soit pure, soit à la dilution de 1/10e ou de 1/50e et à la dose de 1 à 2/10e de trichophytine pure ; elle contient un mélange d'endo et d'exotoxine que Cranston Low a séparées sans obtenir de résultat différent.

Tous les auteurs, après de nombreux essais, ont donné la préférence à l'intradermo-réaction (Kusunoki-Mariani). 1 à 2 dixièmes de centicube de trichophytine sont injectés dans le derme, au niveau de la région deltoïdienne.

Douze à 24 heures après l'injection, parfois seulement au bout de 48 heures, apparaît une papule plane qui augmente de surface, puis s'infiltre, constituant parfois un véritable nodule dont nous montrerons plus loin les divers aspects. Ce nodule rétrocède en 5 à 8 jours ; on n'observe d'intradermo positive qu'à partir du 7e jour après le début de la maladie ; or c'est exactedans le même laps de temps que se constitue l'immunité expérimentale du cobaye.

Cette aptitude à la réaction locale persiste longtemps après la disparition du foyer ; 10 ans dans le cas personnel de Br. Bloch ; elle peut être momentanément suspendue au cours d'une maladie anergisante ou chez le cachectique.

Cette réaction locale s'accompagne souvent d'une réaction focale plus ou moins intense, et, dans le cas de foyer parasitaire profond, de phénomènes généraux parfois importants. L'injection de trichophytine peut, dans ces conditions, donner lieu à une efflorescence de trichophytides. Quant à la valeur diagnostique de la méthode, tous les auteurs (Plato, Truffi, Br. Bloch, Stein, Mariani) s'accordent à la juger excellente pour les foyers profonds (elle se montre positive dans 90 à 95 o/o des cas), mais bien moins utile dans les foyers superficiels, où elle ne se montre positive que dans 50 à 60 o/o des cas (Mariani, Cranston Low).

Telle est, brièvement rapportée la genèse des faits qui ont mis en lumière tout l'intérêt des injections de trichophytine.

Au cours de cette épidémie nous avons, presque pour chaque malade, poursuivi cette étude et voici ce que nous avons observé.

1° *Choix de la trichophytine.* — Dans nos recherches, nous avons utilisé successivement la trichophytine phéniquée que nous a très obligeamment fait parvenir M. Br. Bloch auquel nous renouvelons tous nos remerciements pour l'obligeance dont il a fait preuve, puis une trychophytine monovalente préparée dans le laboratoire du service à l'aide du *niveum radians* sans acide phénique, enfin une trichophytine polyvalente. Cette trichophytine polyvalente est préparée par nous comme suit : les cultures en bouillon maltosé vieilles de 6 semaines de *Trichophyton Niveum Radians*, de *Trichophyton Gypsæum*, de *Microsp. Felineum*, d'*Epidermophyton Inguinale*, sont broyées dans un mortier, puis filtrées sur bougie ; le filtrat est soumis à la tyndallisation puis distribué en petites ampoules.

Nous avons injecté de 1 à 2 dixièmes de centicube dans le derme de la région deltoïdienne ; disons aussitôt que nous n'avons pas trouvé de différence notable entre ces différents produits, en ce qui concerne nos malades.

2° *Contrôle. Rôle de l'acide phénique et du bouillon maltosé.* — Nous nous sommes préoccupés, en premier lieu, de la valeur de la réaction positive, et pour cela avons utilisé 32 témoins sains ou atteints d'affections diverses, auxquels nous avons injecté 2/10e de centicube dans le derme à la face externe du bras.

Sur ces 32 malades, non trichophytiques, 7 ont présenté, au bout de 24 heures, une réaction positive ; sur ces 7 cas positifs, 5 ne présentaient qu'un placard érythémateux fugace, sans infiltration nodulaire, réactions banales qu'il faut savoir éliminer. Deux de ces sujets (un sujet sain et un malade atteint d'un épithélioma du cuir chevelu) ont eu une réaction locale intense qui s'est retrouvée aussi nettement à un 2e essai. Or, aucune lésion parasitaire présente ne motivait une telle réaction ; personne cependant ne peut affirmer si un sujet quelconque n'a pas été atteint antérieurement d'affection mycosique car cet état d'allergie peut se prolonger pendant des années.

Nous avons cherché à préciser l'étiologie de ces fausses réac-

tions en injectant à des témoins quelques gouttes d'une solution phéniquée, ou de bouillon maltosé stérile. Or, il ressort de nos expériences de contrôle les faits suivants :

L'injection de bouillon maltosé n'a donné lieu chez aucun de nos dix malades ou témoins à la moindre réaction. L'injection de la solution phéniquée peut provoquer des placards érythémateux non saillants, et chez l'enfant elle peut renforcer la réaction locale trichophytique. Il est donc prudent d'éliminer cette cause d'erreur en préparant une trichophytine mono ou polyvalente (peu importe) non phéniquée.

Nous avons usé pour ces recherches de trois variétés de tri chophytine. Celle de Bruno Bloch ; une trichophytine polyvalente, sans acide phénique, faites avec diverses espèces de trichophyton, une trichophytine monovalente, sans acide phénique faite avec le *Trichophyton Niveum Radians*. Ces trois échantillons nous ont donné des résultats sensiblement comparables.

3° *Etude des résultats obtenus au cours de cette épidémie.* — Les réactions humorales décelées par l'intradermo-réaction faite avec les diverses trychophytines ne se manifestent que huit jours après le début de la maladie et peuvent persister très longtemps, des années même, après sa guérison ; quelquefois cette durée est prolongée et la réaction cutanée peut n'être mis en évidence qu'à partir du 10e ou 12e jour après l'inoculation (Obs. IV).

La réaction commence à se traduire 24 heures après l'injection par l'apparition d'un nodule rouge congestif, saillant, souvent très étendu, d'aspect parfois érysipéloïde. Tantôt ce placard forme une véritable cocarde ; tantôt il est uniformément rouge et à sa surface l'on peut distinguer des lésions épidermiques, de l'infiltration dermique à forme érysipélateuse, vésiculeuse, folliculaire et même nécrotique ; à la périphérie peut se voir un véritable spinulosisme. Selon l'intensité et le groupement de ces altérations la réaction revêt des types assez différents. Souvent ils rappellent les lésions produites par les parasites eux-mêmes et chez quelques malades les réactions simulaient les lésions mycosiques primitives du malade lui-même. Ce dernier fait nous paraît un argument important pour montrer le rôle des aptitudes réactionnelles de chaque malade, mais nous ne pouvons insister ici sur ce point surtout doctrinal.

La ressemblance des réactions parasitaires primitives et des réactions toxiniques secondaires est parfois si frappante que si

l'on n'était pas prévenu, il serait impossible de les différencier. Tantôt cette similitude de lésions peut-être constatée chez le même malade (fig. 3 et 4), (fig. 12 et 13), (fig. 16 et 17); tantôt elle peut se voir chez des malades différents (comparer la lésion parasitaire de la figure 3 et la réaction toxinique de la figure 17.) (comparer la lésion parasitaire de la figure 1 et la lésion toxinique de la figure 6) (comparer les lésions parasitaires des figures 8, 9, 11 et la lésion toxinique de la figure 13). Nous pourrions multiplier les exemples car presque toutes nos malades ont été photographiées puis injectées à la trichophytine et nous n'usons ici que de quelques documents ; souvent même en cours d'évolution ces ressemblances sont encore plus frappantes et pourraient être encore plus objectives si l'on pouvait faire des photographies plus nombreuses. Ces quelques faits rapportés ci-dessus nous semblent suffisamment convaincants.

Jamais la ressemblance entre des lésions parasitaires et des lésions déterminées par l'injection d'une toxine ne nous a paru aussi nette qu'au cours de cette épidémie. Ces faits sont à notre avis très importants et nous les utiliserons dans d'autres circonstances pour étudier la pathogénie de diverses affections ; aussi avons nous cherché à les rendre aussi indiscutables que possible. L'on pourrait en effet objecter que dans la trichophytine, même après filtration sur bougie, même après tyndallisation, il persiste encore des éléments vivants susceptibles de reproduire les lésions initiales. En particulier nous nous sommes même demandé s'il n'existerait pas de forme filtrante dans ces cultures de trichophyton ; or à plusieurs reprises nous avons fait avec M. Boulin des recherches sur les formes filtrantes des trichophytons et jamais nous ne sommes parvenus à en prouver l'existence ; de plus nous avons souvent ensemencé nos diverses trichophytines et jamais nous n'avons obtenu de culture. De même, pour éliminer l'hypothèse d'une inoculation locale faite au moment de l'injection de trichophytine, nous avons recherché des parasites dans les squames des lésions toxiniques, nous les avons ensemencées souvent, sans jamais obtenir le moindre résultat ; jamais non plus nous n'avons vu les lésions toxiniques devenir le point de départ de réinoculations, comme on le voit souvent avec les lésions parasitaires.

Enfin l'évolution des lésions elles-mêmes, montre des dissemblances : alors que la toxine détermine une réaction presque

immédiate atteignant son maximum en 24 ou 48 heures s'accompagnant parfois de réactions générales, le parasite au contraire crée une lésion beaucoup plus torpide, lente dans son évolution et n'atteignant que progressivement son maximum en 10 ou 12 jours.

L'évolution des réactions de la trichophytine ne varie guère. Cependant le début peut en être retardé et ne se manifester qu'au bout de 2 ou 3 jours.

La durée de la réaction est de 8 à 12 jours en moyenne; certaines persistent plus longtemps et survivent même aux lésions parasitaires; comme ces dernières elles sont suivies quelquefois de taches pigmentées ne s'effaçant que très lentement.

L'allergie mise en évidence par la réaction à la trichophytine peut durer de longues années et redevenir évidente à la suite de nouvelles injections; aussi ne peut-on jamais savoir, en présence d'une réaction positive chez un sujet indemne en apparence de lésions mycosiques, s'il n'a pas eu autrefois une atteinte qui serait passée inaperçue.

A la suite des injections de trichophytine nous avons observé chez quelques malades une réaction générale avec fièvre légère à 38°, courbature, frissons et chez l'un d'entre eux la leucocytose atteignit 13.000 globules blancs.

Quelquefois enfin, l'intradermo-réaction réactive les lésions cutanées initiales, ce qui souligne encore l'existence de troubles humoraux chez les trichophytiques même atteints de formes légères.

Reste un dernier point à envisager et qui n'est pas le moins important, c'est celui de la spécificité de cette réaction. Nous avons déjà donné précédemment quelques résultats sur ce point.

Au cours de cette épidémie nous avons injecté, une ou plusieurs fois, 128 malades. Nous avons constaté 71 réactions positives : or, 68 fois nous avons eu la certitude qu'il s'agissait bien de trichophytie cutanée; 3 fois nous avons obtenu des réactions positives sans que nous ayons pu prouver l'existence, à ce moment, d'une lésion mycosique. Peut-être ces malades en avaient-ils été atteints antérieurement mais nous ne pouvons pas le prouver.

Chez 57 autres malades les réactions ont été négatives : or,

55 fois nous n'avons pas décelé de lésion mycosique ; deux fois seulement la réaction s'est trouvée en défaut car nous avons pu prouver que ces malades étaient atteintes de trichophyties ; nous ajouterons cependant que dans la suite la réaction est devenue positive chez elles, en dehors des délais habituels ; la réaction n'a donc été que momentanément en défaut, puisqu'il s'agissait en somme de réactions retardées.

Il nous a semblé que parmi les trichophytons, le *Niveum Radians*, mieux que d'autres provoquait assez facilement ces réactions humorales décelables par la trichophytine. Alors que d'habitude, dans les autres variétés, les intradermo-réactions sont d'autant plus intenses et constantes que la lésion est suppurée ou plus profonde, nous avons vu au contraire presque tous nos malades réagir nettement, parfois même très violemment, pour des lésions relativement minimes et superficielles.

Ces constatations nous montrent donc l'intérêt et la précision presque absolue de la réaction à la trichophytine non seulement en pathologie cutanée, mais en médecine générale. Ce sont des réactions de groupe et lorsqu'elles sont positives elles doivent orienter vers la recherche d'une mycose actuelle ou ancienne. L'utilité de cette méthode nous est démontrée chaque jour par les recherches que poursuit depuis longtemps dans notre service notre élève Laroche et dont il fera l'objet de sa thèse : elle mérite d'entrer dans le domaine pratique et l'on devrait y recourir plus souvent qu'on ne le fait actuellement.

C. — *Etude des trichophytides.*

Décrites pour la première fois en 1911 par Jadassohn sous leur forme la plus banale de lichen trichophytique, les trichophytides ont été étudiées dans la suite par ses élèves Guth, Chable, Sæves ; puis Bruno Bloch et ses élèves en ont décrit de nouveaux aspects et ont surtout envisagé le mécanisme pathogénique.

Nous ne pouvons aborder ici cette question, mais nous signalerons que chez nos malades nous avons observé deux séries de lésions qui, à notre avis, doivent être rangées dans ce groupe.

Elles se sont présentées sous deux aspects différents : celui du *lichen spinulosus* et celui d'*eczématides de la face*.

1° *Trichophytides à type de lichen spinulosus.* — Les réac-

tions cutanées à type de *lichen spinulosus* ont été souvent constatées au cours de cette épidémie non seulement au centre ou à la périphérie des inoculations cutanées parasitaires mais encore au niveau et à la périphérie des lésions produites par les injections de trichophytine

Dans les lésions parasitaires, nous avons déjà signalé la saillie des follicules pilo-sébacés ; cette manifestation fait souvent partie des lésions déterminées par le parasite ; mais au voisinage des placards trichophytiques, parfois à une assez grande distance, nous avons observé un hérissement folliculaire, parfois une véritable éruption locale d'éléments acuminés spinulosiques analogues au *lichen spinulosus* ou à la kératose pilaire. Ce qui nous en fait suspecter l'origine toxique, c'est que les cultures prélevées au niveau de ces éléments ont été toujours négatives. Ces réactions spinulosiques ont varié selon les malades et surtout le siège des lésions ; elles ont été quelquefois exacerbées par des injections de trichophytine.

Si l'origine toxique que nous attribuons à ces éléments, peut être discutée, il ne semble pas que cette opinion puisse l'être à propos de ceux que nous avons constatés au niveau et surtout à la périphérie des manifestations cutanées consécutives aux injections intradermiques de trichophytine.

Dans ces conditions, la réaction spinulosique est presque constante ; au niveau de la lésion elle est moins nette car elle est noyée dans l'ensemble des placards de dermite produits par la toxine, mais à la périphérie elle est des plus évidentes car les éléments folliculaires sont bien isolés les uns des autres. L'origine toxique de ces lésions ne semble pas faire de doute car nous avons donné précédemment les raisons pour lesquelles il nous semble impossible d'invoquer une action parasitaire quelconque dans la production de ces lésions. En second lieu, à de multiples reprises nous avons ensemencé ces éléments follicullaires sans obtenir de cultures. Enfin alors que le malade est guéri depuis longtemps, l'on peut encore faire surgir cette éruption spinulosique par des injections de trichophytine, parfois assez longtemps après l'injection. Si dans ces conditions l'on n'en admet pas l'origine toxique ou chimique, il faut invoquer le rôle des parasites et admettre qu'ils restent virulents pendant un temps aussi long, réapparaissant en quelques heures, etc..., ce qui nous semble invraisemblable.

Pour tous ces motifs nous avons admis l'origine toxique de ces réactions folliculaires et les considérons dans l'état actuel de nos connaissances comme des éléments rentrant dans le groupe des trichophytides.

2° *Trichophytides à type d'eczématides ou de parakératoses.* — Chez deux malades nous avons observé à la suite d'injections de trichophytine des éruptions passagères, difficiles à étiqueter qui évoluèrent en quelques jours, puis disparurent spontanément. La première malade, Mme M..., avait présenté à plusieurs reprises, en juillet et décembre 1924 puis en avril et juin 1925, des lésions trichophytiques caractérisées par de petits placards de folliculites sèches sur lesquelles on décela la présence du *Trichophyton Niveum Radians* par examen sur lames, cultures et réactions positives à la trichophytine.

Le 15 avril 1926, elle revient nous voir, ne présentant plus de lésions visibles, mais pour éprouver son état d'allergie nous lui faisons une intradermo-réaction à la trichophytine ; deux jours après nous constatons que la réaction est positive, mais cinq jours après, apparaissent aux bras, au cou, à l'angle de la machoire de petits éléments acuminés folliculaires rappelant le *lichen scrofulosorum*. Le 14 mai 1926 soit 28 jours après l'injection apparaissent au sein gauche et au bras gauche de petits éléments folliculaires, plus accentués que les précédents et rappelant de discrètes tuberculides papulo-nécrotiques. Ces lésions disparurent assez rapidement en laissant une petite cicatrice.

La seconde malade est celle de l'observation IV. Le 28 décembre 1925, elle nous montre au niveau de la nuque un petit placard de folliculites sèches ; on ensemence ces lésions qui donnent des cultures positives ; une intradermo-réaction à la trichophytine est également positive.

Quinze jours après, le 12 janvier 1926 nous constatons que les lésions du cou, ayant été mal traitées, ont continué à progresser, mais surtout au niveau de la face il existe de petits placards de lésions superficielles squameuses, légèrement vésiculeuses rappelant des eczématides ou des placards de parakératoses psoriasiformes ; elles ont été ensemencées et les cultures sont restées négatives. Ces éléments guérirent spontanément en quelques jours. Notons que cette malade présenta à ce moment un petit furoncle du cou dans lequel on constata du *Trichophyton Niveum*

Radians ; cette dernière lésion peut être considérée comme une forme très discrète de kérion ; l'on sait que c'est surtout à la suite des kérions que se voient les trichophytides.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces faits bien qu'ils méritent d'être plus longuement étudiés et discutées ; nous nous réservons, en les joignant à d'autres, de les reprendre plus tard, car ils nous paraissent d'une grande importance dans l'étude et la pathogénie de certaines manifestations pouvant atteindre la peau et d'autres organes.

IV. — Etude thérapeutique

Nous serons brefs sur ce sujet car les lésions observées ont été superficielles et guérirent très facilement.

Nous avons obtenu des résultats très rapides par des applications d'iode, d'acide salicylique et d'acide benzoïque. Pour éviter les ennuis des pommades et l'action parfois irritante de la vaseline, que l'un de nous a déjà signalée, nous avons eu recours à des lotions à base d'alcool et d'éther auxquelles nous ajoutions les corps précédents.

Nous avons ainsi prescrit :

a) Soit des lotions à base d'alcool à 60°-70° et d'éther à parties égales auxquelles nous ajoutions de la teinture d'iode au 1/10e :

Alcool à 70°.	ââ 60 grammes
Ether	
Teinture d'iode. . . .	12 grammes

Une lotion par jour ou tous les deux jours :

b) Soit des lotions à base d'alcool-éther dans laquelle on fait dissoudre de l'acide benzoïque et salicylique :

Alcool à 70°.	ââ 60 grammes
Ether	
Acide salicylique . . .	ââ de 1 à 5 grammes
Acide benzoïque . . .	

c) Soit un mélange de teinture d'iode et d'acide salicylique :

Teinture d'iode	20 grammes
Acide salicylique	4 grammes

Ce mélange dont nous nous servons souvent est extrêmement actif contre les affections mycosiques. Il a l'inconvénient d'être rapidement irritant et doit être très prudemment manié. Nous ne pensons pas que cette association ait été déjà préconisée et nous la signalons car elle nous a déjà rendu de grands services, mais encore une fois, il faut être prudent.

En faisant usage de ces formules nous avons rapidement guéri toutes nos malades sans les gêner, comme elles l'eussent été par des applications des mêmes substances incorporées à des excipients gras.

En revanche nous avons constaté l'inefficacité des dernières pommades à base de soufre, d'ichtyol et de nombreuses spécialités que des malades avaient essayé avant de nous consulter. Cette véritable spécificité de l'iode, des acides benzoïque et salicylique est bien connue ; elle constitue un véritable traitement d'epreuve pouvant parfois servir d'indication, en présence de la carence des divers procédés de diagnostic.

Enfin, voulant essayer si les préparations iodées n'auraient pas une action préventive nous avons commencé par en rechercher le pouvoir curatif ; nous avons constaté que l'iode administré par voie buccale et même endo-veineuse n'avait qu'une action relativement lente sur ces lésions cutanées superficielles, alors qu'elles guérissent très facilement par un traitement externe. Néanmoins comme chez ces malades l'on pouvait mettre très facilement en évidence des réactions allergiques développées par leur trichophyton nous avons cru bon de leur faire prendre de l'iode par voie buccale sous forme de solution de Lugol.

Dans le même ordre d'idées nous avons pu constater que les injections de trichophytine n'avaient ni action curatrice, ni action préventive, puisque quelques malades ont présenté des récidives malgré les injections qu'elles avaient antérieurement reçues.

Dans le milieu où nous observions, ces essais étaient intéressants, car s'ils avaient été couronnés de succès nous aurions ainsi pu juguler plus rapidement l'évolution de cette épidémie.

En résumé, grâce aux conditions véritablement expérimentales dans lesquelles nous avons observé les faits précédents, par le nombre des sujets, par la présence constante d'un parasite facile à retrouver, à cultiver ne présentant aucun danger pour le malade,

sécrétant une toxine active, nous avons pu pousser aussi loin que possible certaines recherches relativement nouvelles dans l'étude des trichophyties cutanées et constater une série de faits intéressants.

En clinique, c'est le polymorphisme des lésions produites par un même parasite, non seulement d'un malade à un autre, mais encore chez le même sujet, question de terrain, de siège, de structures cutanées ; c'est la ressemblance fréquente entre les accidents cutanés déterminés par le parasite ou par sa toxine, c'est l'évolution de cette épidémie et le rôle des porteurs de germes.

En biologie, l'étude des réactions allergiques mises en évidence par les injections de trichophytines nous montre l'importance diagnostique de ces réactions ; la constatation des trichophytides nous ouvre des horizons intéressants sur la pathogénie de certaines lésions cutanées ; les recherches sur l'immunité surtout expérimentale soulèvent une fois de plus le rôle du revêtement cutané dans certains problèmes de pathologie générale.

Si l'étude d'une affection cutanée, en apparence simple et limitée nous a donné l'occasion de constater ces répercussions sur l'état général, il ne faut pas le regretter car elle nous a permis de faire des observations précises ; sans faire intervenir à des théories ou des hypothèses, en éclairant certaines questions, elles constituent un excellent point de départ pour des recherches ultérieures.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE DE SCHAMBERG

Par Albin RACINOWSKI,
Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare à Varsovie.

Le premier cas d'une maladie inconnue dans la littérature dermatologique publié par Schamberg dans *The Bristish Journal of Dermatology* (1) concerna un garçon d'ailleurs bien portant âgé de 15 ans présentant à la surface antérieure de deux cuisses, aux chevilles et sur l'avant-bras gauche des larges taches irrégulièrement ovalaires de couleur rouge brunâtre ou jaune brunâtre et revêtues d'épiderme un peu plissé.

A la périphérie des taches il se trouvaient des nombreuses petites macules téléangiectasiques rouge foncé ne dépassant pas la grandeur d'une tête d'épingle, disposées soit en groupes, soit isolément et ayant l'aspect de grains du poivre de Cayenne.

La maladie nommée par l'auteur « a peculiar progressive pigmentary disease of the skin » se développa pendant quatre ans à l'évolution lente et progressive et sans aucun symptôme subjectif. Il existait par places la tendance vers la disparition spontanée.

Histologiquement les lésions donnaient le tableau d'infiltration lymphocyto-leucocytaire dense et circonscrite dans la couche sous-papillaire avec prédilection singulière de se localiser autour des glandes sudoripares. Il y eut dans l'infiltrat une certaine quantité de cellules épithélioïdes et conjonctives étoilées et fusiformes.

L'absence de cellules pigmentées ou de grains du pigment en nature l'auteur expliqua par le stade trop récent d'élément primitif examiné. Le diagnostic différentiel élimina l'angiome serpigineux de Hutchinson.

Peu après dans le même journal sont apparues les observations de Freeman (2), de Colcott Fox (3) et plus tard en 1914

celles de Whitfeld (4) et de Graham Little (5). Etant à peu près identiques avec l'observation de Schamberg elles n'ont apportées rien de significatif dans l'éclaircissement de l'affection.

Or deux de six cas d'Adamson (6) présentaient cliniquement et histologiquement une différence considérable entre ceux décrits jusqu'ici. Les points rouge brunâtre situés à la périphérie de la tache un peu desquamaient au grattage léger et par place avaient l'aspect atrophique. Au microscope Adamson trouva l'infiltration lymphocytaire périvasculaire mélangée d'une certaine quantité de cellules épithélioïdes. Les vaisseaux dilatés représentaient la prolifération des cellules endothéliales. Dans la profondeur de l'infiltrat Adamson a vu autour de vaisseaux des nombreux amas de grains de pigment vert brunâtre et cellules contenant du pigment. De plus il ne constata aucun rapport d'infiltration avec les glandes sudoripares.

Aussi Kingery (7) consacrant son travail principalement à l'étude des lésions anatomo-pathologiques de syndrome de Schamberg trouva dans toute l'étendue de la couche sous-papillaire et au voisinage des glandes sudoripares des petits groupes de pigment verdâtre ou jaunâtre irrégulièrement disposés soit dans les cellules, soit en dehors. Le pigment donna la réaction positive au ferro-cyanure de potassium. Les infiltrations avaient la tendance de se localiser autour de glandes sudoripares. Elles étaient composées de lymphocytes, de polynucléaires et par places de cellules plasmatiques, d'épithélioïdes et de mastzellen. La plupart de vaisseaux dilatés présenta un certain degré de prolifération endothéliale. Le tableau histologique comme on voit ressemblait aux lésions décrites par Schamberg et par Adamson.

Besson (8) montra à la Société dermatologique de Chicago trois cas de la maladie de Schamberg. Dans l'un d'eux chez un garçon âgé de 15 ans aux extrémités inférieures on constatait au voisinage de foyers pigmentés des petites papules foncées isolâtres. Il est à noter que dans la description morphologique de symptômes cutanés dans la maladie de Schamberg tous les auteurs ont défini les éléments situés à la périphérie ou à l'intérieur des taches, soit comme points, soit comme macules en les comparant avec le « Cayenne pepper ». Beeson fut le premier qui les a décrit comme l'élément papuliforme.

Dans le cas de Parkhurst (9) les taches ont subi un certain degré d'atrophie. Il s'agissait d'un homme de 50 ans chez lequel

à la face antérieure de la jambe droite existait un grand foyer bien circonscrit de 10 centimètres de diamètre et symétriquement à la jambe gauche deuxième foyer jaune brunâtre ou rougeâtre plus petit que le précédent. Dans la tache étaient disséminés des rouges points semblables aux « Cayenne peppers dots ». Les foyers par places ont subi l'atrophie modérée avec perte de poils. Dans les deux fosses poplitées existaient des petits foyers faiblement pigmentés parsemés de points rouges mais sans phénomènes atrophiques. L'affection évolua pendant une année. Quand les uns foyers disparaissaient les autres débutaient de nouveau. L'affection était légèrement prurigineuse. Ce cas qui n'a pas été histologiquement examiné semble présenter certain doute diagnostique vis-à-vis du syndrome de Schamberg.

Deux cas typiques étaient publiés par Mac Kafferty (10) et Rinzema (11). L'observation de Rinzema concernant un homme de 31 ans est digne d'être mentionnée par la localisation des lésions aux jambes, aux pieds, aux doigts des pieds, aux paumes des mains et aux surfaces latérales des doigts des mains.

Le travail de Tashiro (12) a haute importance à cause de résultat des recherches histologiques. On a trouvé l'infiltration sous-papillaire ayant la tendance de se localiser autour de follicules pileux et glandes sudoripares. L'infiltrat était composé des leucocytes, des cellules conjonctives, des cellules plasmatiques et des mastzellen. En plus Tashiro constata des petites hémorragies et des amas de pigment donnant la réaction ferrique positive. Il faut souligner qu'aucun travail histologique sur la maladie de Schamberg publié jusqu'ici ne rapporte pas des hémorragies dans la peau.

Les cas de Mac Cormac (13) et de Dore (14) sont intéressants par le fait d'apparition de la maladie chez le sexe féminin, parce que toutes les précédentes observations de la maladie de Schamberg se concernaient exclusivement des individus mâles. Dans l'observation de Mac Cormac chez une fille de 14 ans les petites taches sont apparues d'abord à l'avant-bras gauche, peu après les lésions analogues se sont développées symétriquement à la jambe gauche, aux plis des coudes, au cou et dans les aines. Les taches étaient graduellement transformées en nappes brunâtres irrégulièrement dessinées et piquetées de points rouges.

Il est nécessaire à noter le cas publié par Ronga (15) concernant un soldat de 21 ans chez lequel les lésions cliniques et histo-

logiques sont très éloignées de celles décrites jusqu'à présent. Les papules squameuses et péripilaires à la partie antérieure des deux jambes et des avant-bras agglomérées en larges placards lichénifiés ayant au centre l'aspect atropho-cicatrisé avec perte ou raréfaction des poils, les symptômes de kératose pilaire en dehors des lésions principales, la tuméfaction des ganglions inguinaux, la marche rapide de l'affection, la tendance marquée des placards vers la résolution laissant après eux des pigmentations foncées aux bords des lésions, enfin des altérations pigmentaires et atrophiques des lèvres de la bouche, toutes ces manifestations ne correspondent en rien au tableau si précisément donné par Schamberg et par les autres. En plus Ronga trouva histologiquement des lésions suivantes : 1° la parakératose ; 2° l'acanthose et l'épaississement d'épiderme ; 3° l'infiltration de la couche muqueuse très semblable par le caractère aux abcès épidermiques et 4° l'abondance de pigment non réagissant au fer dans les cellules basales et grande quantité de chromatophores dans la couche sous-papillaire infiltrée. Si on résume ces résultats des recherches cliniques et histologiques, il semblerait que cet ensemble puisse parler plutôt en faveur d'une dermatose papulo-squameuse et atrophique chez un individu doué de certaines anomalies de pigmentation qu'au syndrome de Schamberg. Ajoutons que la cicatrice après la biopsie est devenue fortement foncée et les résidus acnéiques au dos furent nettement pigmentés.

Le cas typique de Dawling (16) est digne d'être mentionné par la délimitation des symptômes uniquement à l'avant-bras gauche. Histologiquement les lésions offraient une diminution d'épiderme, l'aplatissement des papilles et l'infiltration dense périvasculaire formée de petites cellules dans la couche sous-papillaire.

Mêmes lésions histologiques constata Roxbourg (17) dans son cas.

Bruhns (18) à la Société dermatologique berlinoise montra un malade de 35 ans qui présentait des lésions pigmentées presque symétriquement disposées aux jambes. Elles ont été plus diffuses à la surface antérieure qu'à la surface latérale. Les parties postérieures des extrémités inférieures jusqu'aux fesses furent le siège des éléments punctiformes ne disparaissant pas sous la pression. L'affection évolua pendant un an.

Le cas de Zimmerlin et de Lanzenberg (19) de la clinique du

professeur Pautrier est intéressant tant au point de vue de début de l'affection tant par le caractère des lésions histologiques. L'affection débuta selon l'affirmation de la mère du garçon peu après la naissance et a pris l'aspect des points rouges et des taches lenticulaires de teinte jaune ou brunâtre distribuées aux aisselles, aux avant-bras, aux plis des coudes, aux bras, aux parties intérieures des cuisses et aux jambes. On a pu distinguer quelques éléments légèrement surélevés et un peu infiltrés. Le tableau microscopique présenta : 1° l'épaississement de toutes les couches d'épiderme ; 2° l'infiltration localisée surtout autour des capillaires et formée de cellules allongées ou étoilées, quelquefois anastomosées entre elles par les fins prolongements protoplasmiques ; 3° l'existence dans les cellules d'infiltration et dans les cellules de Langerhans ainsi que entre celles-ci des granulations très fines d'un pigment brun ferrique.

Enfin deux observations de Templeton (20) sont très analogues au cas décrit par Schamberg avec cette différence que dans une examinée histologiquement Templeton trouva dans la couche sous-papillaire le pigment ferrique.

Aux cas précédemment décrits je me permets de rapporter l'observation personnelle concernant un malade présenté par moi à la Société dermatologique polonaise à Varsovie et observé pendant plus de six mois. Elle présente un certain intérêt tant au point de vue de quelques détails dans la structure histologique d'élément primitif tant à cause de la grande surface de tégument envahie par le processus morbide.

Au mois de juin 1927 à la policlinique de l'hôpital Saint-Lazare à Varsovie, vient me consulter A. T..., ouvrier âgé de 40 ans, pour les taches qui ont apparues d'abord aux extrémités inférieures, puis aux supérieures. Au dire du malade cette éruption débuta quelques semaines après la guérison de la gale et pris l'aspect de petits points de volume d'une tête d'épingle rouge foncé qui lentement disparaissaient laissant des taches assez étendues. L'éruption ne provoquait ni douleur, ni prurit Le malade à part l'affection actuelle était toujours bien portant. Sa femme est en bonne santé, n'avait pas de fausses couches. De trois enfants deux sont morts. Une fille âgée de 18 ans jouit d'une bonne santé.

Déjà à l'examen superficiel de la peau du malade on est frappé par les vastes territoires de la peau affectée, et par l'aspect morphologique des lésions qui présentent deux sortes d'éléments : grandes taches plus ou moins pigmentées et petites macules rouges foncées (fig. 1).

A la face externe des extrémités supérieures on voit des taches

jaunes ou jaune brunâtre d'étendue variable de un demi-centimètre à trois centimètres de diamètre aux contours irréguliers nettement tranchantes par sa coloration de la peau normale avoisinante. Ces taches sont parsemées soit au centre, soit à la périphérie de petites macules rondes, punctiformes ou légèrement ovalaires, un peu saillantes par place au niveau de la peau. Les macules ont la teinte rouge foncé ou rouge brunâtre et montrent la surface lisse non squameuse. Elles sont



Fig. 1. — Vue d'ensemble.

variablement distribuées : tantôt agglomérées en groupes, tantôt isolées et disséminées sans ordre.

Aux avant-bras les macules sont disséminées non seulement sur les placards pigmentés mais aussi sur la peau indemne.

Les deux cuisses, les parties extérieures des fesses et la région lombaire sont le siège de lésions analogues, quoique la coloration de cer-

taines est plus brunâtre foncé ou bien leur surface est parfois couverte d'une minuscule squame légèrement adhérente.

Deux taches de diamètre de 2 à 3 centimètres et quelques-unes plus petites sont visibles à la surface inférieure et sur les parties latérales de l'abdomen.

A la jambe gauche les taches occupent la partie antérieure et postérieure, la jambe droite est affectée seulement dans sa partie antérieure



Fig. 2. — Mollet gauche. Moulage.

laissant le mollet intact. Aux jambes les taches sont de coloration jaune ou jaune pâle, à configuration ronde ou ovalaire. Des petites macules brunâtres, soit isolées, soit dans les taches pigmentaires, sont moins nombreuses ici qu'aux extrémités supérieures ; on peut distinguer quelques taches sans macules (fig. 2).

Aux deux chevilles et cous-de-pied existe quelques taches jaune ou jaune brunâtre ayant à sa périphérie des petits points rouge foncé

dont quelques-uns sont placés aussi dans la peau normale. Certaines taches sont recouvertes ici de squames fimes non adhérentes sous lesquelles on aperçoit la surface sèche et non sanglante.

Les organes internes ne présentent pas de lésions apparentes. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative. L'examen du sang révéla : Hb 95, globules rouges 6.960.000, index color., 0,8 ; globules blancs 11.200, le nombre des plaquettes de 300.000. La formule leucocytaire est suivante : neutrophiles 64 o/o, éosinophiles 1 o/o, grands lymphocytes, 12 o/o, petits lymphocytes, 12 o/o, formes transitoires 3 o/o. La coagulation commence après 15 minutes, s'arrête après 45 minutes. Le temps de saignement varie de demi à quatre minutes.

Une biopsie a été exécutée d'un petit élément légèrement élevé pris dans la jambe gauche. La plaie après l'excision laissa une belle cicatrice rouge. Le fragment fixé à l'alcool absolu, monté à la paraffine a été traité par les méthodes usuelles.

L'épiderme reste normal. Il semble être un peu aminci par places. Les lésions principales sont localisées dans la couche sous-papillaire. On voit ici l'abondance d'infiltrations composées presque exclusivement de cellules lymphocytaires ; il existe cependant une certaine quantité de cellules conjonctivales et plasmatiques.

Les infiltrats sont étroitement liés avec les vaisseaux sanguins. Ils sont situés le long des parois vasculaires et à une certaine distance de ceux-ci. Dans les papilles on trouve aussi l'infiltration composée de cellules lymphocytaires, mais ici elle est beaucoup moins dense.

Les vaisseaux sont dilatés par endroits et ne contiennent pas de sang. Leurs parois sont épaissies par la prolifération de membrane interne et externe (endo et périangoite). Parfois on a l'occasion de suivre la direction du même vaisseau coupé verticalement, horizontalement et obliquement ; on peut donc supposer que son trajet est sinueux à grandes spirales. Quelques vaisseaux offrent les phénomènes d'oblitération totale.

Dans la couche sous-papillaire au voisinage direct des vaisseaux, il existe des petits épanchements sanguins. Ils contiennent en plus de la masse amorphe de sang, directement avoisinante aux parois vasculaires déformées, une certaine quantité de globules rouges bien conservés, parsemés et situés à une assez grande distance du foyer d'épanchement. Il faut remarquer que les extravasations à l'examen des coupes se trouvent assez rarement ; parfois il est nécessaire d'examiner toute une série des coupes afin qu'on puisse trouver un ou deux épanchements.

Tout le long de la couche sous-papillaire, il est facile de distinguer une grande quantité du pigment assez abondant au pourtour des vaisseaux d'infiltrat ou même inclus à l'intérieur d'infiltrat. Le pigment se présente sous l'aspect de petites granules de dimension variable atteignant parfois le volume de noyau du petit lymphocyte. Les grains pigmentaires dont la teinte est d'or brillant, jaune d'or ou jaune verdâtre sont situés soit séparément, soit agminés en plus ou moins volu-

mineux amas ou chaînettes. Outre le pigment libre on peut constater aussi des cellules contenant du pigment. Ces éléments ont une forme allongée avec noyau fusiforme. Dans une catégorie de cellules le pigment est appréciable sous forme de fines granules brunâtres dans le protoplasme de cellules, dans l'autre les grains sont invisibles alors que le corps cellulaire offre l'aspect jaunâtre et opaque. Les cellules pigmentaires sont parfois en étroit voisinage avec la couche cylindrique d'épiderme, voire elles semblent être par endroits enfoncées entre deux cellules cylindriques. Les coupes traitées avec le ferrocyanure de potassium donnent la réaction au fer nettement positive.

L'appareil sudoripare et les follicules pileux semblent être normales ; dans les couches supérieures de la peau ils sont autant altérés que leurs conduits excréteurs passent dans le territoire d'infiltration périvasculaire.

La question du diagnostic la plus délicate à résoudre est celle que pose le *purpura annularis teleangiectodes* de Majocchi, d'autant plus que nombre d'auteurs reconnaissent ces deux affections comme les variétés d'une même forme morbide.

Néanmoins la différence entre purpura et mon cas est évidente. L'évolution du purpura annulaire est subaiguë ; il peut durer quelques mois ou même une année, quelquefois avec poussées de rechutes souvent accompagnées des symptômes généraux, tandis que dans notre cas l'affection est chronique. Elle persiste pendant cinq années à l'évolution lente et progressive sans altération de l'état général. Les placards purpuriques formant les figures annulaires fixes à la suite de résorption d'épanchement laissent une dépression centrale atrophique comme conséquence des sérieuses lésions anatomiques. Rien de semblable chez notre malade. Les taches pigmentaires restent sans phénomènes atrophiques. Seulement quelques taches aux cuisses sont couvertes d'une minuscule squame qui peut être facilement détachée. D'autre part un certain degré de desquamation furfuracée rapporte dans leurs cas Graham Little, Adamson et Mac Cafferty. La structure anatomo-pathologique des lésions dans notre observation offre des différences importantes vis-à-vis des lésions histologiques de purpura de Majocchi. La dilatation considérable des vaisseaux engorgés de sang, les nombreuses hémorragies non seulement dans la couche sous-papillaire mais aussi dans la profondeur, enfin les altérations sérieuses des parois vasculaires comme signes caractéristiques de purpura annulaire ont été dans notre cas beaucoup moins prononcées,

Par contre la localisation de lésions aux parties inférieures de l'abdomen, aux cuisses et aux lombes, siège habituel du purpura annulaire, ainsi que le caractère diffus des symptômes cliniques font éloigner notre cas des tableaux typiques de maladie de Schamberg en le rapprochant plutôt vers le purpura.

Quant à l'angiome serpigineux de Hutchinson l'affection différenciée tant par Schamberg lui-même tant par plusieurs autres auteurs on le peut facilement éliminer dans le diagnostic de notre observation. L'aspect annulaire et serpigineux des efflorescences, manque des pigmentations et persistance des lésions, comme signes essentiels d'angiome de Hutchinson, sont suffisants pour poser le diagnostic vrai.

De cette courte revue des cas publiés et de notre personnelle observation il paraît résulter que les cadres dans lesquels Schamberg renferma son syndrome à la suite des travaux ultérieurs s'élargissent considérablement et présentent le tableau de la maladie à contours plus complexes.

Les efflorescences primitives désignées jusqu'à présent comme les points où les macules pigmentaires peuvent avoir l'aspect un peu saillant papuliforme (Beeson, Pautrier) ou bien être légèrement desquamantes (Adamson, Graham Little). Dans les taches pigmentaires on aperçoit parfois des phénomènes atrophiques (Parkhurst, Adamson). Quelques-uns de ces symptômes notamment un certain degré de desquamation on a pu remarquer chez notre malade. L'apparition d'eux on peut interpréter par l'existence des lésions anatomiques dues à l'état inflammatoire d'élément primitif. Déjà Schamberg résumant l'examen histologique de son cas rattacha les lésions trouvées à l'inflammation subaiguë.

Aussi la localisation des lésions cutanées peut être variable. Outre la localisation classique (cuisses, jambes, avant-bras) il se rencontre des cas dans lesquels le processus morbide a son siège sur les doigts des mains et des pieds (Rinzema), le cou (Pautrier, Mac Cormac), les aines et les aisselles et même les fesses (Bruhns). Au surplus la symétrie des lésions reconnues jusqu'ici comme règle peut être ébranlée. Dans l'observation de Dawling l'éruption n'occupait que seul l'avant-bras gauche, dans celle de Gougerot et de Blum les symptômes existaient uniquement du côté gauche.

Enfin on a vu des cas dans le sexe féminin (Mac Cormac,

Dore, Gougerot, Antoni) jusqu'à présent épargné par le processus morbide.

Les résultats des recherches anatomo-pathologiques, obtenues par Kingery et Tashiro ont fournis des nombreux détails importants à l'étude de la structure des lésions cutanées.

Quoique Schamberg lui-même n'a pas trouvé de pigment dans les coupes cet échec n'empêchait pas lui étiqueter son cas d'une dermatose progressive pigmentée, car le manque du pigment il motiva assez suffisamment et tous les travaux ultérieurs ont démontré que la présence du pigment dans les couches sous-papillaires est un phénomène constant et obligatoire pour le syndrome de Schamberg. De plus ce pigment est de provenance sanguine comme contenant du fer. Cette thèse devient plus documentée à la suite des recherches de Tashiro qui indépendamment de pigment en nature constata encore des extravasations franches dans l'élément primitif. Des lésions analogues ont lieu dans notre observation. Les autres recherches ont témoigné que la présence du pigment passe main à main avec les altérations des parois des vaisseaux et avec les infiltrations périvasculaires. C'est le deuxième phénomène constant dans l'ensemble de Schamberg.

L'apparition dans l'infiltrat d'autres éléments pathologiques par exemple des cellules plasmatiques, épithélioïdes et mastzellen subit des variations diverses : ordinairement ces éléments sont en nombre réduit, souvent ils sont tout à fait en défaut ou apparaissent irrégulièrement ; ce qui indique que ces éléments jouent le rôle secondaire dans l'histogénèse de la maladie de Schamberg. Même rôle semble jouer le tissu collagène et les fibres élastiques. On ne peut pas dans leur aspect déceler des altérations importantes sauf certaine diminution de fibres élastiques.

Reste à élucider l'action des glandes sudoripares dans l'évolution de la maladie de Schamberg. Cet auteur assez fort souligna leur valeur dans la structure de macule pigmentaire. Cependant les recherches ultérieures n'ont fourni rien de particulier sur le rôle qu'elles auraient pu jouer dans la pathogénie de l'affection quoique les conduits sudorifères et follicules pileux participent dans l'infiltration. Mais cette participation paraît être plutôt passive et accidentelle due à l'envahissement d'appareil sudoripare dans le territoire d'infiltration.

Malgré ces divergences dans la description morphologique d'éléments éruptifs à mesure qu'apparaissaient des nouvelles observations le syndrome de Schamberg cliniquement et surtout histologiquement se présente néanmoins comme une entité assez nettement définie.

Le développement lent et progressif de petites macules téléangiectasiques parfois légèrement élevées et non disparaissantes sous la pression qui se transforment en taches pigmentées diffuses ainsi que l'apparition de lésions dégénératives des vaisseaux sous-papillaires amenant des épanchements punctiformes et la formation des amas de pigment sont les principaux éléments dans l'évolution de la maladie de Schamberg.

Déjà le tableau clinique de l'affection et sa ressemblance frappante avec le purpura annulaire ont suscité récemment chez certains auteurs l'idée de rattacher la maladie de Schamberg au groupe de diathèses hémorragiques quoique on n'a pas émis d'opinion catégorique dans ce sens. On a fait seulement des recherches sur le sang surtout sur ses propriétés physiques et chimiques qui pourraient jeter un peu de lumière sur la nature de l'affection.

Malheureusement ces recherches sont si peu nombreuses et fragmentaires qu'à présent il serait difficile en s'appuyant sur eux de préciser la base pathogénique de la maladie de Schamberg.

Cependant les résultats d'examen du sang obtenus jusqu'ici sont assez significatifs et encourageants pour les investigations prochaines. Dans le travail de Pautrier et Diss (19) il s'agit entre autres d'un cas de maladie de Schamberg chez un garçon de 10 ans ayant les tendances aux épistaxis : l'examen du sang révéla la quantité de globules rouges et blancs normale, le nombre de plaquettes diminué au 150.000 et le temps de saignement prolongé aux 5 minutes. L'observation d'Antoni (21) donna le résultat d'examen du sang suivant : hémoglobine 60 o/o, globules rouges 860.000, globules blancs 8.500, quantité de plaquettes diminuée au chiffre de 150.000, le temps de saignement allongé à 4 minutes 1/2. Templeton cite dans son cas le temps de saignement et de coagulation raccourci (une minute et six minutes). Dans notre cas outre certain degré d'hyperglobulie le temps de saignement était variable de demi à quatre minutes, mais la durée de coagulation était très allongée : début après 15 minutes, fin vers 45 minutes.

Quoique ces données hématologiques dans la maladie de Schamberg sont fort insuffisantes, la symptomatologie et la structure histologique de lésions seules permettent de supposer qu'on peut la ranger dans le groupe de diathèses hémorragiques. A cette opinion on pourrait opposer le tableau microscopique qui est dans certaine contradiction avec la question, car les hémorragies étaient non constatées histologiquement dans la majorité des cas, bien que ces phénomènes devraient faire la partie nécessaire et intégrale d'élément primitif. Mais cette apparente objection peut être interprétée par le fait que dans la maladie de Schamberg les extravasations n'ont pas le caractère d'hémorragies étendues et violentes accompagnées de la rupture des vaisseaux comme ça arrive dans certaines formes connues de la diathèse hémorragique ou bien dans le purpura de Majocchi. Dans la maladie de Schamberg les épanchements non seulement correspondent aux capillaires ou aux artérioles, mais l'extravasation elle-même se produit à travers les parois des vaisseaux en apparence non altérées. Les globules rouges transsudent par les joints d'endothélium des capillaires mal adhérents et par les parois des artérioles modifiées.

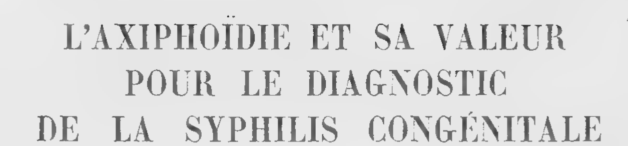
Il est à noter que le mécanisme pareil du passage des globules rouges par la membrane endothéliale en apparence intacte fut constaté par Aschoff, Koch et les autres dans l'état hémorragique dû à l'avitaminose ainsi que dans les expériences de Heubner sur les injections intraveineuses des sels de métaux lourds, voire même dans le purpura annulaire de Majocchi (observations de Tomassi et de Balzer). L'état analogue paraît avoir lieu dans le syndrome de Schamberg. De plus l'existence dans la couche sous-papillaire du pigment contenant du fer suffisamment parle à la faveur de sa nature sanguine.

Si nous avons des motifs qui nous autorisent à classifier le syndrome de Schamberg dans le groupe des diathèses hémorragiques il est impossible avec les données actuelles de s'orienter à quelle forme de diathèse on le peut rapprocher. Le manque des hémorragies sur les muqueuses, l'intégrité des organes internes du moins constatée cliniquement ou par les moyens de laboratoire, enfin marche lente et progressive de l'affection souvent vers la résolution spontanée, voici en raison de perturbation seule de système circulatoire cutané les arguments qui permettent de rattacher la maladie de Schamberg au groupe des diathèses hémorragiques.

Si on peut joindre encore à ces caractères la bénignité des manifestations cliniques, faible intensité des lésions anatomo-pathologiques à localisation spéciale, il semble juste de qualifier la maladie de Schamberg comme une forme atténuée de la diathèse hémorragique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schamberg. — *The British Journ. of Dermat.*, 1901, p. 1.
2. Freeman. — *The British Journ. of Dermat.*, 1902, p. 425.
3. Colcott Fox. — *The Britizh Journ. of Dermat.*, 1905, p. 416.
4. Whitfeld. — *The British Journ. of Dermat.*, 1914, p. 334.
5. Graham Little. — *The British Journ. of Dermat*, 1914, p. 337.
6. Adamson. — *The British Journ. of Dermat.*, 1916, p. 334.
7. Kingery. — *Journ. of cut. diseases*, 1918, p. 166.
8. Beeson. — *Archiv of Dermat. and Syph*, 1924, n° 3.
9. Parkhurst. — *Archiv of Dermat. and Syph.*, 1925, n° 2.
10. Mac Kafferty. — *Archiv of Dermat. and Syph.*, 1925, n° 2.
11. Rinzema. — *Acta dermat. vener.*, 1925, VI.
12. Tashiro. — *Acta dermat. vener.*, 1925, VI.
13. Mac Cormac. — *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1925, n° 5.
14. Dore. — *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1921, n° 9.
15. Ronga. — *Archivo ital. di dermat. et syph.*, 1926, vol. 2.
16. Dawling — *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1926, n° 2.
17. Roxbourgh. — *The Brit. Journ. of Dermat*, 1925, n° 4.
18. Bruhns. — *Berlin. dermat. Geselsch.*, 1926, X.
19. Zimmerlin et Lanzenberg. — *Bulletin de la Société franç. de Dermat.*, 1926, n° 4.
20. Templeton. — *Archiv of Dermat. and Syph.*, 1927, n° 2.
21. Antoni. — *Dermat. Wochenschr.*, 1927, n° 34.



L'AXIPHOÏDIE ET SA VALEUR POUR LE DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

Par G.-J. LANDA,
Assistant de l'Institut Dermato-Vénéréologique « Glavtché » de l'Etat de l'Ukraine à Odessa.

M. Queyrat, en 1919, présentant une fillette de 14 ans porteuse de stigmates confirmés de syphilis congénitale (kératite parenchymateuse, réaction B.-W. positive) et chez laquelle il avait constaté l'absence de l'appendice xiphoïde, a émis l'hypothèse que l'axiphoïdie, ainsi que d'autres dystrophies osseuses, est un signe probable de la syphilis congénitale.

En 1925, M. Queyrat reprend cette question et présente à la Société de Dermatologie de Paris trois enfants âgés de 13 ans, de 7 et d'un an, issus de parents syphilitiques : l'appendice xiphoïde fait défaut chez ces 3 sujets. En même temps il signale 4 cas (une femme de 45 ans et trois enfants de 7 ans, de 3 ans et de 3 mois) dans lesquels la syphilis congénitale est confirmée et les malades présentent la même dystrophie.

Au cours de la discussion, M. A. Léri remarque qu'il s'agit d'un de ces multiples signes de déficience ostéogénique que l'on observe particulièrement dans la syphilis congénitale.

M. Sézary a trouvé cette malformation avec une grande fréquence (1 fois sur 10) et il a remarqué qu'elle coïncidait soit avec d'autres stigmates de la syphilis congénitale, soit avec l'axiphoïdie constatée souvent aussi chez des parents. Enfin M. Pinard souligne que l'absence de l'appendice xiphoïde est un stigmate de grande valeur pour la recherche de la syphilis congénitale et il le signale dans son étude consacrée à quelques symptômes peu connus dans la syphilis congénitale.

En 1926, M. Spilmann présente à la Société de Dermatologie de Nancy une malade avec de l'axiphoïdie, unique stigmate de

syphilis congénitale. Le lupus vulgaire, dont cette malade était porteuse, a facilement cédé à un traitement spécifique.

MM. Etienne, Mathieu et Verain ont constaté l'absence complète de l'appendice xiphoïde chez une malade âgée de 37 ans, atteinte de méningite luétique, greffée sur une syphilis congénitale.

MM. Sézary, Vibert et Godel ont examiné 266 enfants de 4 à 15 ans et ont pu établir l'absence de l'appendice xiphoïde dans 45 cas, c'est-à-dire dans 20 o/o des cas. Parmi ces 45 enfants, avec axiphoïdie constatée, chez 26 la syphilis congénitale a été confirmée. Il y avait 53 enfants atteints de syphilis congénitale parmi tous ceux qui ont été observés; les auteurs ont donc constaté l'axiphoïdie chez 50 o/o d'enfants atteints de syphilis congénitale; ce chiffre englobe les cas ou l'appendice xiphoïde faisait complètement défaut et ceux où il avait subi un arrêt dans son développement; et les auteurs concluent que l'axiphoïdie pose la question de la syphilis congénitale, sans toutefois la résoudre.

M. Fischer aux questions posées : l'appendice xiphoïde peut-il être anatomiquement absent ? Est-il toujours palpable ? répond : l'appendice xiphoïde peut faire défaut, son absence complète ou partielle peut être constatée dans la syphilis congénitale, sans être cependant spécifique pour cette dernière. Cliniquement, l'absence de l'appendice ou ses changements pathologiques ne peuvent pas être constatés au palper, d'une manière certaine, chez tous les sujets.

MM. Levin et Schmalz se basant sur les données fournies par 272 observations (99 hommes, 72 femmes et 101 enfants) ont constaté l'axiphoïdie dans 55 cas, c'est-à-dire dans 20,2 o/o. Chez 60 enfants atteints de syphilis congénitale soumis à leur examen, ils n'ont trouvé que 8 cas d'axiphoïdie, c'est-à-dire 13,3 o/o. De pareils résultats ne peuvent nullement permettre d'établir une connexion entre la syphilis congénitale et l'absence de l'appendice xiphoïde.

Nous avons procédé, sur l'invitation de notre chef de service M. M. G. Mguebrow, à l'examen de toute une série d'enfants du service des maladies cutanées et de la syphilis infantile de l'Institut « Glavtché ». Nous nous sommes proposé, dans nos recherches, d'établir l'absence de l'appendice xiphoïde chez ces malades et de déterminer la connexion de cette dystrophie avec la syphilis congénitale.

Au point de vue de l'âge, les sujets soumis à nos observations diffèrent d'une manière très accusée de ceux qui ont été examinés par les auteurs précédents. En effet, tandis que MM. Sézary, Vibert et Godel donnent leurs conclusions basées sur l'examen d'enfants âgés de 4 à 15 ans, que MM. Levin et Schmalz nous communiquent les leurs, se fondant sur l'examen de 171 adultes et 101 enfants (dont l'âge n'est pas suffisamment précisé), nous avons fait porter nos observations sur 390 enfants dont 111 étaient âgés de moins d'un an, 214 de 1 an à 4 ans et 85 seulement de 4 à 15 ans.

Au point de vue de la syphilis congénitale nos cas observés peuvent être répartis en 5 groupes.

Premier groupe. — 80 enfants atteints de syphilis congénitale confirmée (les uns présentent des symptômes en pleine activité, les autres sont issus de parents syphilitiques et ils présentent une réaction B.-W. positive).

Deuxième groupe. — 47 enfants issus de parents syphilitiques, mais nous n'avons pas constaté chez eux de symptômes de syphilis congénitale en activité et de réaction Bordet-Wassermann positive.

Troisième groupe. — 62 enfants à la suite de l'examen clinique et de l'examen sérologique considérés bien portants : les parents se considèrent également indemnes au point de vue de la syphilis ; cependant les commémoratifs familiaux sont suspects (fausses couches, polymortalité dans la famille).

Quatrième groupe. — 179 enfants considérés bien portants à la suite des examens clinique et sérologique avec commémoratifs familiaux irréprochables.

Cinquième groupe. — 22 enfants considérés bien portants à la suite des examens clinique (1) et sérologique, mais dont les commémoratifs familiaux n'ont pu être établis (orphelins, enfants d'une première grossesse, etc.).

Tous les enfants ont été l'objet d'examen clinique et sérologique ; de plus on a procédé pour beaucoup d'entre eux à l'examen du liquide céphalo-rachidien et à l'examen morphologique du sang.

Les résultats de nos recherches sont nettement visibles dans le tableau ci-joint (Tableau I).

(1) La majorité des enfants a été examinée non seulement par le médecin vénéréologue, mais encore par Mme ROSENFELD, pédiatre consultant de notre service.

Nombre de cas constatés d'axiphoïdie et d'appendice xiphoïde rudimentaire.

Tableau Nº 1

	Nombre total des enfants	Enfants au-dessous de 1 an							Enfants de 1 an à 4 ans						
		Nombre	Axiphoïdie		App. xiphoïde rudimentaire		Au total		Nombre	Axiphoïdie		App. xiphoïde rudimentaire		Au total	
			Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o
Ier groupe Syphilis congénitale	80	25	4	16,0	0	0,0	4	16	29	4	10,2	4	10,2	8	20,4
IIe groupe Enfants de parents syphilitiques	47	21	1	4,7	1	4,7	2	9,5	14	0	0,0	1	7,1	1	7,1
Ier et IIe groupes	127	46	5	10,8	1	2,2	6	13,0	53	4	7,5	5	9,4	9	16,9
IIIe groupe Enfants avec commémoratifs familiaux suspects	62	18	—	—	1	5,5	1	5,5	38	3	7,9	1	2,6	4	10,5
IVe groupe Enfants avec commémoratifs familiaux irréprochables	179	46	1	2,2	—	—	1	2,2	115	5	4,3	2	1,7	7	6,0
Ve groupe Enfants avec commémoratifs familiaux inconnus	22	1	—	—	—	—	—	—	8	1	12,5	—	—	1	12,5
Total pour les cinq groupes	390	111	6	5,4	2	1,8	8	7,2	214	13	6,0	8	3,7	21	9,8

	Total des enfants jusqu'à 4 ans							Enfants de 4 à 15 ans							Total des enfants jusqu'à 15 ans						
	Nombre	Axiphoïdie		App. xiphoïde rudimentaire		Au total		Nombre	Axiphoïdie		App. xiphoïde rudimentaire		Au total		Nombre	Axiphoïdie		App. xiphoïde rudimentaire		Au total	
		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o
Ier groupe Syphilis congénitale	64	8	12,5	4	6,2	12	18,7	16	2	12,5	1	6,2	3	18,7	80	10	12,5	5	6,2	15	18,7
IIe groupe Enfants de parents syphilitiques	35	1	2,8	2	5,7	3	8,5	12	2	16,6	4	33,3	6	49,9	47	3	6,4	6	12,7	9	19,1
Ier et IIe groupes	99	9	9,1	6	6,1	15	15,2	28	4	14,3	5	17,8	9	32,1	127	13	10,2	11	8,6	24	18,8
IIIe groupe Enfants avec commémoratifs familiaux suspects	56	3	5,4	2	3,5	5	8,9	6	1	16,6	1	16,6	2	33,2	62	4	6,4	3	4,8	7	11,2
IVe groupe Enfants avec commémoratifs familiaux irréprochables	161	6	3,7	2	1,2	8	4,9	18	2	11,1	—	—	2	11,1	179	8	4,4	2	1,1	10	5,5
Ve groupe Enfants avec commémoratifs familiaux inconnus	9	1	11,1	—	—	1	11,1	13	2	15,4	—	—	2	15,4	22	3	13,6	—	—	3	13,6
Total pour les cinq groupes	325	19	5,8	10	3,0	29	8,8	65	9	13,8	6	9,2	15	23,0	390	28	7,1	16	4,1	44	11,2

Si nous confrontons les relations de pourcentage de la dernière colonne, *nous obtenons des chiffres à peu près semblables pour le premier et le deuxième groupe : 18,7 o/o et 19,1 o/o.*

Ces résultats concordent à peu près avec les données de M. M. G. Mguebrov, d'après lesquelles le pourcentage des dystrophies est à peu près le même, que l'on soit en présence d'enfants avec la syphilis congénitale confirmée, ou d'enfants que les examens clinique et sérologique permettraient de considérer bien portants, mais dont les parents sont atteints de syphilis (94 o/o pour les premiers et 98,5 o/o pour les seconds).

Si nous poursuivons notre confrontation et si nous comparons les groupes syphilitiques (I + II) avec le groupe des syphilitiques présumés (III), nous constatons un fléchissement du pourcentage de la présence d'axiphoïdie (11,2 o/o).

Quant au groupe des enfants où les commémoratifs familiaux sont irréprochables (IV) nous y constatons une différence frappante qui saute au yeux : l'absence de l'appendice xiphoïde chez les enfants de ce groupe n'a été constatée que dans 5,5 o/o des cas. En d'autres termes l'axiphoïdie et l'appendice xiphoïde rudimentaire se rencontrent chez les enfants atteints de syphilis congénitale 3 fois 1/2 plus fréquemment que chez les enfants que les examens clinique et sérologique montrent bien portants et qui sont issus de parents que les commémoratifs familiaux permettent de déclarer indemnes de syphilis.

Pouvons-nous cependant exclure en toute assurance la syphilis des parents du 3e groupe ? Non, certainement, parce que tous les parents n'ont pas été soumis à un examen suffisant et que, d'autre part, les résultats négatifs au cours de l'examen, ne peuvent servir de preuve concluante pour l'absence de la syphilis.

Les résultats de nos constatations permettent donc d'établir, que l'*axiphoïdie et l'appendice rudimentaire se rencontrent surtout dans la syphilis congénitale*, *mais nous ne pouvons affirmer que cette dystrophie soit pathognomonique de la syphilis congénitale.* D'autre part, nous manquons de données absolues, qui nous permettent d'affirmer que l'on peut rencontrer cette dystrophie chez des sujets tout à fait bien portants.

Nos données comparativement à celles de MM. Sézary, Vibert et Godel d'une part, et à celles de MM. Levin et Schmalz d'autre part, sont figurées dans le tableau suivant :

	Sézary, Vibert, Godel	Levin et Schmalz	Nos observations
Nombre total des sujets examinés	226	272	392
Nombre de sujets avec axiphoïdie.	45	50	44
o/o.	20	20,2	11,2
Nombre de sujets atteints de syphilis congénitale . . .	53	60	127
Nombre de sujets présentant de l'axiphoïdie	26	8	24
o/o.	50	13,3	18,8
Nombre de sujets supposés bien portants	173	212	179
Nombre de sujets avec axiphoïdie	19	47	10
o/o.	10,9	22,2	5,5

Ainsi le nombre en o/o de cas d'axiphoïdie et d'appendice xiphoïde rudimentaire constaté par nous est sensiblement inférieur à celui qui est signalé par MM. Sézary, Vibert et Godel, ainsi que par MM. Levin et Schmalz. Nous sommes enclins à expliquer cet écart par l'âge des sujets soumis à l'examen.

Nos observations, en effet, embrassent 83,3 o/o d'enfants au-dessous de 4 ans, tandis que les observations de MM. Sézary, Vibert et Godel ont porté exclusivement sur des enfants de 4 à 15 ans, et celles de MM. Levin et Schmalz sur des adultes, en grande partie, et seulement sur 36,7 o/o d'enfants dont l'âge n'est pas indiqué.

L'axiphoïdie et l'appendice xiphoïde rudimentaire augmentent de fréquence avec l'âge ; le tableau ci-dessous le montre clairement et nous voyons cette augmentation exprimée en o/o.

	Sujets bien portants	Sujets atteints de syphilis congénitale	Au total
Axiphoïdie avant 1 an . .	2,2 o/o	13 o/o	9,2 o/o
Axiphoïdie de 1 à 4 ans. .	6,0	16,9	,8
Axiphoïdie de 4 à 15 ans. .	11,1	32	23

MM. Sézary, Vibert et Godel signalent qu'ils n'ont découvert l'axiphoïdie que 2 fois dans un groupe constitué par 30 nourrissons bien portants, c'est-à-dire dans 6,2 o/o des cas, tandis

qu'ils l'ont constatée dans 10,9 o/o des cas chez les enfants bien portants plus âgés (de 4 à 15 ans).

La fréquence de l'axiphoïdie augmente donc avec l'âge, ce qui contredit l'opinion émise par M. Léri, à savoir que chez les enfants de moins de 4 ans, lorsque nous sommes en présence d'un appendice cartilagineux, nous pouvons diagnostiquer l'axiphoïdie là où elle n'existe pas en réalité. S'il en était ainsi, nous constaterions une diminution de cas d'axiphoïdie en connexion avec l'âge des sujets et non une fréquence plus grande. Nous n'avons rencontré, pour notre part, de même, que M. Queyrat, aucune difficulté à trouver au palper l'appendice xiphoïde, lorsque nous avons examiné des enfants en bas âge, même des enfants de 2 semaines; au cours de l'examen des adultes, au contraire, des sujets obèses en particulier et surtout des femmes, ces difficultés peuvent en effet se présenter.

Mais ces chiffres nous donnent encore une autre indication : l'appendice xiphoïde peut être découvert au palper chez certains enfants au cours des premiers mois et des premières années de leur vie; plus tard par suite de l'arrêt de son développement et de son ossification rapide, l'appendice se réduit à des dimensions si minimes que l'on peut se trouver en présence de l'un des cas suivants : ou bien on ne réussit pas à découvrir l'appendice au palper, ou bien, si l'on y parvient, on le trouve à l'état de rudiment.

Il est clair, par suite, que dans une confrontation d'observations diverses, on ne peut prendre que des groupes de sujets du même âge. Toutes les données fournies par MM. Sézary, Vibert et Godel sont basées sur des groupes de ce genre, ainsi qu'une partie de nos observations qui ont porté sur des enfants de 4 à 15 ans.

Les résultats de la confrontation de ces groupes sont les suivants :

	Par Sézary	Par nous
Chiffre total de cas d'axiphoïdie constatés.	20 o/o	23 o/o
Chiffre total des cas d'axiphoïdie dans la syphilis congénitale	50	32,1
Chiffre total de cas d'axiphoïdie chez les sujets présumés bien portants	10,9	11,1

On peut voir que la fréquence de l'axiphoïdie chez les enfants de 4 à 15 ans dans nos données comme dans celles de MM. Sézary, Vibert et Godel ne présente que des écarts insignifiants. Il n'est donc pas étonnant que nous soyons arrivés dans notre appréciation de l'absence de l'appendice xiphoïde, aux mêmes conclusions que MM. Sézary, Vibert et Godel, quoique nous ayons surtout étudié cette dystrophie chez des enfants en bas âge, et nous formulerons nos conclusions de la manière suivante :

I. *Le pourcentage des cas d'axiphoïdie dans les groupes d'enfants luétiques et d'enfants bien portants s'élève avec l'âge des sujets.*

II. *L'absence de l'appendice xiphoïde, au même titre que les autres dystrophies, nous incite à présumer la syphilis congénitale, mais ne fournit pas de données entièrement suffisantes pour le diagnostic.*

BIBLIOGRAPHIE

1. M. Mguebrow. — Contribution à l'étude des dystrophies dans la syphilis congénitale de la première enfance. *Recueil de travaux pour la sauvegarde de la mère et de l'enfant*, consacré au 25e anniversaire de la « Goutte de lait » d'Odessa, 1927.
2. Queyrat. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28, XI, 1919 nos 3-4 et 9).
3. Queyrat. — *La Médecine*, 1926, n° 2.
4. Queyrat. — *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 1925, n° 7.
5. Sezary, Pinard, Leri. — *Loc. cit*, 1925, n° 7.
6. Spillmann. — *Loc. cit.*, 1926, p 65 (Réunion de Nancy).
7. Etienne, Mathieu et Verain. — *Loc. cit.*, 1925, nos 4-8.
8. Sezary, Vibert et Godel. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1926, n° 2.
9. Levin und Schmalz. — *Dermatolog. Wochenschr.*, 1926, n° 51.
10. Pinard. — Analyse *Zbl. f. u. G. Kr.*, Bd. IX, S. 61.
11. Fischer. — Analyse *Dermat.-Wochen.*, 1928, n° 9, p. 319.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1928.

Annales des maladies vénériennes (Paris)

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, par Kirchberg, *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 6, juin 1928, p. 401.

Ce deuxième mémoire, vaste revue générale sur le liquide céphalo-rachidien, traite des réactions colloïdales. Toutes ces réactions sont bien connues, elles ont chacune avantages et inconvénients. K. conseille d'utiliser toujours deux réactions celle de Wassermann et une réaction colloïdale. H. Rabeau.

Une affection vénérienne peu banale : le purpura vélopalatin « a vacuo », par Barthélemy. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 6. juin 1928, p. 451.

Lésion peu courante, affection vénérienne par excellence dont B. montre le mécanisme pathogénique. H. Rabeau.

Recherches sur le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis tertiaire active (sans manifestations cliniques nerveuses), par E. F. Jaretzeano, C. Constantinesco et R. Dimolesco. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 7, juillet 1928, p. 481.

45 liquides examinés, 30 absolument normaux. Sur les 15 autres 5 (10,2 o/o) présentaient toutes les réactions positives, 10 ne montraient que des réactions dissociées de faible intensité, parfois même douteuses. Par ordre de fréquence augmentation de la pression, hyper-leucocytose, hyper-albuminose et hyper-globulinose, enfin réaction de Bordet-Wassermann rencontrée exceptionnellement. On peut donc affirmer qu'au cours de la syphilis tertiaire indépendamment de toute manifestation nerveuse cliniquement apparente, le liquide céphalo-rachidien peut présenter dans un tiers des cas, des modifications qui le différencient du liquide normal. Les auteurs se montrent très réservés dans leur interprétation de ces réactions qui imposent un traitement antisyphilitique sérieux jusqu'au retour, si possible, du liquide à la normale. H. Rabeau.

Dystrophies maxillo-faciales et syphilis, par Jean Meyer. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 7, juillet 1928, p. 494.

Beaucoup de signes de la série dystrophique pris isolément ont été considérés comme des signes de syphilis. La notion des « dysmorphoses facio-crânio-vertébrales » si elle n'est pas admise dans tous ses détails sert de base aux recherches récentes. M. ayant étudié les dystrophies maxillo-faciales avec atrésie maxillaire, insuffisance respiratoire, montre qu'elles sont d'une grande fréquence. On les observe surtout dans la syphilis héréditaire, et leur constatation doit être un

argument en sa faveur dans les cas douteux. Si la syphilis est patente traiter les enfants de préférence par l'arsenic. En l'absence de toute syphilis connue ou présumable considérer l'enfant comme suspect, le surveiller. H. Rabeau.

Effets médicamenteux des injections intramusculaires d'iodoforme sur le chancre mou, par Gjorgevitch et Augarsky. *Annales des maladies vénériennes*, 23e année, no 7, juillet 1928, p. 506.

Les auteurs ont utilisé l'iodoforme dissous dans l'huile d'olive neutralisée et chauffée, à la concentration de 7 o/o, en injections intramusculaires quotidiennes. Leur action sur les lésions chancrelleuses ne peut être considérée comme spécifique. Ces injections peuvent être indiquées en cas de résistance aux autres médications. La molécule d'iodoforme reste dans l'organisme sans se décomposer.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Erythrose pigmentée péribuccale, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, no 5, mai 1928, pp. 259-265, 1 photo.

Observation d'une femme de 39 ans, présentant quelques stigmates de syphilis, et dont les lésions furent améliorées par le traitement mercuriel et arsenical. Une biopsie faite montra de l'amincissement de l'épiderme, une infiltration papillaire vasculaire et périvasculaire à mononucléaires et mastzellen. A. Bocage.

Trichophytie cutanée généralisée pustuleuse consécutive à un Kérion du cuir chevelu, par G. Milian et Photinos. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, no 5, mai 1928, pp. 266-272, 3 photographies.

Enfant de 9 ans infecté de *Trychophyton gypseum asteroides* ayant guéri avec quelques bains de propreté, sans iode. A la phase terminale il restait un peu de parakératose. A. Bocage.

Onyxis syphilitique en vagues de sable, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, no 5, mai 1928, pp. 273-276, 3 photographies.

Stries filiformes, arciformes ou sinueuses de couleur noirâtre, parallèles au bord libre de l'ongle ; au niveau de la matrice, bourrelet cutané important. La pigmentation mélanique n'existait pas seulement aux ongles mais au voisinage d'une leucoplasie jugale.

A. Bocage.

Pityriasis rosé consécutif à un panaris, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, no 5, mai 1928, pp. 277-280, 2 photographies.

Les premiers éléments apparurent sur l'avant-bras dix jours après le début d'un panaris à un doigt du même côté. A. Bocage.

Les sels de zinc, par Veyrières. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, n° 5, mai 1928, pp. 281-285.

Revue des propriétés thérapeutiques de ces sels en dermatologie.

A. Bocage.

Syphilis d'emblée, par Wladimir Feldmann. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, n° 6, juin 1928, pp. 326-340.

Revue générale très documentée sur les syphilis sans chancre initial. L'auteur rapporte en détail deux cas de syphilis hématogène chez l'homme au cours de transfusions sanguines. La roséole apparaît, souvent avec un cortège fébrile, habituellement vers le 30e jour, dans des délais extrêmes de 19 à 77 jours. Sur 88 cas publiés comme syphilis d'emblée l'auteur n'en accepte que 8 comme indiscutables.

A. Bocage.

Contribution à l'étude de l'infection hématogène syphilitique, par Vladimir Feldmann. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, n° 6, juin 1928, pp. 341-350.

Observations très détaillées d'un cas de l'auteur et du cas de Spillmann et Morel, suivies de commentaires sur l'infection syphilitique par voie sanguine. A. Bocage.

Staphylococcie biotropique à forme d'anthrax ulcéreux et à septicémie grave, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, n° 6, juin 1928, pp. 353-358, 2 courbes

Au début du traitement arsenical d'une syphilis secondaire apparut une septicémie staphylococcique avec abcès et ulcérations anthracoïdes gigantesques. Guérison avec négativation très rapide du Bordet-Wassermann. A. Bocage.

Apoplexie séreuse par le tréparsol, par Milian et Garnier. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 4e année, n° 6, juin 1928, pp. 359-362, 1 planche.

Femme de 23 ans. Apparition 9 jours après le début du traitement (4 comprimés par jour). Mort en 3 jours avec les crises comitiales classiques. A l'autopsie sclérose thyroïdienne. A Bocage.

Presse Médicale (Paris).

La cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques étudiée par l'imprégnation vitale, par P. Ravaut et R. Boulin. *Presse médicale*, 36e année, n° 56, 14 juillet 1928, p. 881, 1 fig.

Cet article est un court résumé du beau mémoire paru dans ces *Annales* en décembre 1927. Il montre combien l'étude cytologique par la coloration vitale a transformé les notions anciennes et les termes trop généraux de lymphocytose, de mononucléose ou de polynucléose. Cette étude ainsi comprise a la valeur d'une véritable biopsie, et s'ajoutant aux autres données fournira des indications plus précises sur l'intensité des réactions rachidiennes. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Traitement du prurit et des dermatoses prurigineuses par la méthode de Lebedjew, par Sezary et Benoist. *Journal de Médecine de Paris*, n° 27, 5 juillet 1928, 48e année, p. 534.

Extrait de la communication à la Société médicale des hôpitaux, janvier 1928, analysée dans les *Annales*. H. Rabeau.

Traitement de l'eczéma chronique par les injections d'huile grise, par L. Bizard. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 28, 11 juillet 1928, p. 551.

Dans toutes les formes d'eczéma chronique des mains, sans que la syphilis puisse être retrouvée dans la plupart des cas. B. a employé systématiquement les injections d'huile grise, sans régime spécial, et en réduisant au minimum le traitement local. Les résultats ont été excellents. L'arsenic et le bismuth sont sans effet dans de tel cas. La récidive s'est montrée dans un tiers des cas. H. Rabeau.

A propos du prurit périnéal, par Léon Huet (La Roche Posay). *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 28, 11 juillet 1928, p. 551.

Le traitement symptomatique de ces prurits tenaces ne donne toujours que des résultats temporaires ; il faut recourir au traitement étiologique. Mais le traitement hydrominéral peut réaliser une médication générale sédative et une désintoxication à laquelle s'ajoute l'action combinée des bains, des pulvérisations, des douches filiformes. La Roche Posay a une efficacité particulière dans le prurit des gros mangeurs, des hypertendus, des goutteux. H. Rabeau.

L'action biologique des rayons ultra-violets et leur emploi en thérapeutique, par H. Cottenot et Fedon. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 28, 11 juillet 1928, p. 556.

Résumé des indications et des résultats thérapeutiques des *U. V.*

H. Rabeau.

Maladie de Duhring, guérison, par Dufour et Le Hello *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 30, 26 juillet 1928, p. 593.

Malade de 58 ans, atteinte de maladie de Duhring pendant 8 ans, et qui après divers échecs thérapeutiques, fut traitée sur le conseil de Hudelo par le cacodylate de soude intraveineux à haute dose pendant six semaines. La guérison se maintient depuis 2 ans.

H. Rabeau.

Gazette des Hopitaux (Paris).

Notions actuelles sur l'anatomo-pathologie, l'étude expérimentale et l'étiologie du zona, par Paul Ducas. *Gazette des Hôpitaux*, 101e année, nos 47 et 49, 9 et 16 juin 1928, pp. 837-841 et 869-874.

Revue générale à peu près complète résumant les travaux publiés sur cette question dans les cinq dernières années, avec bibliographie détaillée. A. Bocage.

Physiologie pathologique et traitement de certains œdèmes chirurgicaux des membres, par R. Leriche et A. Yung. *Gazette des Hôpitaux*, 101e année, n° 60, 25 juillet 1928, pp. 1061-1065.

Quelques observations à lire en détail : œdèmes de striction, syphilitiques, traumatiques, veineux, etc. A signaler les cas d'œdème guéri par exérèse de la saphène variqueuse thrombosée. A Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Sur les éruptions dues à la laque japonaise, par Darier. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. XCIX, 92e année, n° 23, 5 juin 1928, pp. 598-601.

C'est le rapport d'une commission spéciale composée de MM, Jeanselme, Balthazard et Darier, qui résume les travaux faits à l'étranger sur ce produit, extrait de *Rhus vernicifera*.

La maladie de la laque est une dermite artificielle banale qui n'atteint qu'un très petit nombre des ouvriers, et qu'on évite facilement avec des précautions de propreté individuelle.

Il n'y a pas lieu de réclamer une législation ni une réglementation spéciale pour le travail de la laque japonaise. A. Bocage.

Un cas de lèpre autochtone en France, par Giacardy. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. XCIX, 92e année, n° 26, 26 juin 1928, 2 photographies, pp. 717-721.

Femme de 27 ans qui à l'âge de 16 ans cohabita pendant un an, comme domestique, en France, avec une lépreuse contaminée en Guyane. Les premiers symptômes apparurent 7 ans plus tard.

A. Bocage.

A propos d'un cas de lèpre tuberculeuse observé dans le département de Meurthe-et-Moselle, par Spillmann. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t CXIX, 92e année, n° 26, 26 juin 1928, pp. 721-727.

Observation d'un cas d'importation étrangère.

A ce propos M. Jeanselme prend la parole sur les mesures sociales de prophylaxie à prendre contre la lèpre en France.

A. Bocage.

Sur la recrudescence actuelle de la syphilis dans la région parisienne, par Jeanselme et Burnier. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. 3e série, t. C, 92e année, n° 27, 3 juillet 1928, pp. 749-752.

La syphilis a diminué de 1920 à 1924 et augmente à nouveau depuis. Il ne semble pas que l'importation étrangère ou coloniale en soit la cause. L'emploi du bismuth est un facteur à prendre en considération. La répugnance qu'ont les femmes à se traiter et surtout les irrégularités ou l'arrêt prématuré du traitement par les malades négligents semblent les facteurs principaux de la recrudescence actuelle. Il faut y ajouter les hésitations du médecin au début de l'affection, et la prostitution clandestine. A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux (Paris).

Urticaire solaire par Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, J. Stehelin et J. Saidman. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 44e année, 3e série, nº 23, 5 juillet 1928, p. 1122.

Observation d'une malade qui depuis 20 ans est « la proie de la lumière solaire », la lumière provoque toujours et rapidement une éruption prurigineuse de type ortié. Les auteurs après avoir déterminé à quelle intensité correspondait le seuil de la réaction, ont pu préciser que, seules les radiations s'échelonnent depuis le violet jusqu'au rouge provoquaient cet urticaire. En utilisant de faibles doses de radiations irritantes, ils ont pu diminuer la sensibilité cutanée de la malade et lui permettre de supporter maintenant une lumière solaire diffuse. A propos de ce malade, Flandin rapporte qu'il a pu désensibiliser un malade réagissant par de l'urticaire et de l'érythème aux rayons solaires par des injections intramusculaires de cyanure de mercure. H. Rabeau.

Plateforme mobile pour l'observation et l'enregistrement graphique du phénomène de Romberg et d'autres troubles de la statique, par Ricaldoni. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 44e année, 3e série, nº 23, 5 juillet 1928, p. 1138, 9 fig.

Il s'agit d'une plateforme mobile d'une certaine « sensibilité », destinée à exagérer les troubles de la statique, et en permettre l'enregistrement graphique de façon comparable. L'appareil tel qu'il est réalisé provisoirement a permis d'obtenir des graphiques démonstratifs.

H. Rabeau.

Dispositif pour prise de sang, par Landau. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 44e année 3e série, nº 23, 5 juillet 1928, p. 1154.

Dispositif permettant un prélèvement sans ouvrir le tube stérilisé et composé d'un petit trocart, destiné à traverser le bouchon en caoutchouc du tube stérilisé, sur lequel est montée l'aiguille proprement dite pour la ponction veineuse. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon

Note sur les teignes tondantes dans la région lyonnaise, par G. Massia. *Journal de Médecine de Lyon*, nº 204, 5 juillet 1928, p. 305.

Les teignes tondantes lyonnaises sont des microspories dues dans l'immense majorité des cas au *Microsporon Audouini*, mais dans plus du tiers des cas il s'agit de *lanosum*.

Cette formule des teignes lyonnaises peut subir des modifications par des apports étrangers. On peut voir alors des épidémies de tondantes trichophytiques mais elles semblent s'acclimater difficilement, diminuent de virulence peu à peu et la formule microsporique reparaît, semblant véritablement endémique. Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Pleurésie séro-fibrineuse au cours d'une syphilis secondaire. Discussion de sa nature, par Gaté et P. Barral. *Lyon médical*, t. CXLII, nº 28, 8 juillet 1928, p. 46.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade, absolument vierge de tout antécédent tuberculeux, qui au cours d'une syphilis secondaire floride a fait une pleurésie séro-fibrineuse d'allure très spéciale, extrêmement insidieuse, avec point de côté léger et siégeant du côté opposé à la pleurésie, sans toux, sans dyspnée, avec température subfébrile.

L'épanchement peu abondant, a été une véritable trouvaille d'auscultation, il a manifesté une tendance spontanée à la résorption.

Après discussion des arguments qui pourraient être en faveur d'un épanchement bacillaire, les auteurs inclinent à penser qu'il s'agit d'une forme de pleurésie syphilitique.

Pour conclure, ils reconnaissent que si, pour être prudent, il convient en pareil cas de réserver l'avenir pour une tuberculose ultérieure, il convient néanmoins en pareil cas d'étendre à la plèvre le domaine de la syphilis secondaire. Jean Lacassagne.

Marseille Médical.

Epithéliome métatypique superficiel en nappe de la région ano-fessière d'aspect clinique pagétoïde histologiquement bowenoïde, par G. Barbier. *Marseille Médical*, 5 juillet 1928, p. 3.

L'A. apporte une observation d'une malade de 48 ans qui présentait dans la région péri-anale, un placard rouge foncé, érosif, à contours nets, très peu infiltré et évoluant depuis 8 ans.

L'examen histologique a montré un aspect polymorphe, baso ou spinocellulaire suivant les points et la présence de nombreuses cellules dyskératosiques Cette observation est très comparable à celle de Mlle Eliastchef et à celle de Ramel. P. Vigne.

Tuberculoses cutanées multiples et syphilis, par Paul Vigne, Galland et Vergès. *Marseille Médical*, 5 juillet 1928, p. 21.

Observation d'une malade de 36 ans présentant de nombreuses lésions d'aspects variés : spina ventosa de l'index, tumeur blanche de la tibio-tarsienne, abcès froids multiples, ulcérations torpides, lésions ulcéro-végétantes, gommes. Elle présente en outre des cicatrices atrophiques d'anciennes lésions périostées et sur la face un certain nombre de nodules rappelant l'aspect clinique des lupoïdes, donnant à la vitropression une teinte sucre d'orge pâle.

Submatité des deux sommets. Ombre radioscopique volumineuse dans la région hilaire droite. Crachats négatifs, mais Wassermann positif.

L'examen histologique d'un nodule de la face montre un granulome très dense formé de lymphocytes et de plasmocytes. Quelques rares épithélioïdes et point de cellules géantes.

L'examen histologique du bord d'une ulcération de la jambe montre l'aspect habituel des ulcères tuberculeux. Une moitié du fragment prélevé pour cette biopsie a tuberculinisé le cobaye.

Un traitement conjugué (cyanure et novarsénobenzol) a rapidement guéri (dès 0 gr. 45) les nodules de la face sans modifier les autres lésions. P. VIGNE.

Trichophytie suppurée de la barbe, par MM. PAUL VIGNE et FOURNIER. *Marseille Médical*, 5 juillet 1928, p. 31.

Observation d'un malade de 40 ans présentant sur les joues et les faces latérales du cou des plaques petites, rouges, sèches, légèrement squameuses. Sur ces plaques à côté de poils plus longs, on trouve des poils cassés courts, mais s'épilant assez facilement.

En quelques points lésions de folliculites sèches non enflammées.

La culture montre qu'il s'agit d'un *Trichophyton gypseum* probablement *asteroides*. Le malade navigateur nie tout contact avec des animaux. P. VIGNE.

Union Médicale du Nord-Est.

Comment concevoir le traitement actuel de la syphilis dans ses grandes lignes, par R. LEVY. *Union médicale du Nord-Est*, n° 7, juillet 1928, pp. 97-100.

L'A. emploie un traitement continu sans aucune période de repos en alternant différentes préparations.

En traitement normal les séries sont d'environ deux mois alternant l'arsenic avec de l'iodure de K accompagnant soit Bi, soit Hg.

En traitement intensif les séries arsenicales sont de deux mois et demi séparées d'un mois de repos; simultanément on utilise alternativement mercure ou bismuth par séries de deux mois séparées chacune par un mois de KI.

Pour un malade soigné au début un ou deux ans de traitement actif; pour un malade pris en période secondaire deux ans et demi à trois ans de traitement après disparition des signes cliniques et sérologiques; pour un malade vu à la phase tertiaire quatre à cinq ans de traitement actif. A. BOCAGE.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Etude du métabolisme du calcium dans certaines affections de la peau (Studies of Calcium metabolism in certain diseases of the skin), par BURGESS. *The British Journal of Dermatol. and Syphilis*, n° 477, vol. XL, juillet 1928, p. 279.

Le but de ce travail est de rechercher les rapports entre le métabolisme du calcium et les troubles neuro-végétatifs et endocriniens qui constituent le terrain des dermatoses telles que l'urticaire, le prurigo de Besnier, le dermographisme, l'acroasphyxie, certains œdèmes, etc. Il résulte de l'exposé bibliographique cité par B. que les dosages de calcium dans le sang, pratiqués au cours de ces dermatoses par divers

auteurs, n'ont jusqu'à l'heure actuelle, fourni que des données inconstantes qui ne permettaient pas d'établir de rapports certains entre la déficience du calcium dans le sang et les troubles neuro-endocriniens.

B. montre tout d'abord qu'il y a un écart entre les taux du calcium total et du calcium précipitable. Il a dosé ce dernier après précipitation par l'oxalate d'ammonium et transformation en oxalate de calcium. Chez de nombreux sujets le taux du calcium précipitable est abaissé alors que le taux du calcium total est normal. Il semble que le calcium existe dans ces cas sous une forme chimique ou physique anormale, non précipitable et il est probable qu'il est alors moins assimilable par les tissus. L'administration des extraits de glandes parathyroïdes ayant pour effet d'augmenter le taux du calcium précipitable dans le sang, il est probable que c'est l'insuffisance de ces glandes qui entraîne sa déficience dans le sang.

On trouve chez les individus normaux 9 mgr. 8 à 11 mgr. 2 pour 100 de calcium total et 9 mgr. 5 à 10 mgr. 9 pour 100 de calcium précipitable.

B. a examiné le sang de 67 malades ; les résultats les plus intéressants ont été observés dans l'urticaire, le prurigo et l'acro-asphyxie.

Il existe à ce point de vue deux types d'urticaire : l'urticaire avec et sans dermographisme. Lorsque l'urticaire s'accompagne de dermographisme, on constate toujours un abaissement considérable du taux du calcium précipitable (3 mgr. 2 à 5 mgr. 5), le calcium total étant, dans la majorité des cas, normal. Cet abaissement existe aussi dans l'urticaire sans dermographisme, mais il est moins marqué (3 mgr. 5 à 8 mgr. 5).

Sur 16 cas de prurigo de Besnier un seul présentait un taux normal de calcium, les 15 autres accusaient une diminution marquée portant surtout sur le calcium précipitable.

Dans l'érythème pernio et l'acroasphyxie, la moitié des cas environ présentaient une diminution du calcium précipitable. De nombreux cas de pelade totale et d'eczéma donnaient les mêmes résultats.

Dans tous les cas d'urticaire, de prurigo, d'eczéma et d'acro-asphyxie s'accompagnant de diminution du calcium précipitable dans le sang, l'administration du chlorure de calcium et d'extrait de glandes parathyroïdes a été suivie d'une augmentation rapide du calcium dans le sang et d'améliorations cliniques manifestes.

B. admet qu'un trouble fonctionnel des glandes endocrines entraîne une altération dans l'état chimique ou physique du calcium sanguin le rendant moins assimilable par les tissus. La déficience des tissus en calcium aurait pour conséquence l'hyperexcitabilité du sympathique qui constitue le terrain favorable aux dermatoses dites angioneurotiques. S. FERNET.

Bruxelles Médical.

Le bilan de la syphilis, par L. DEKEYSER. *Bruxelles Médical*, 8e année, nos 35, 36, 37, 1er, 8 et 15 juillet 1928.

Rapport très documenté présenté par D. à la Conférence de défense sociale contre la syphilis, à Nancy en mai 1928. L'examen des statistiques des divers pays indique une diminution considérable de l'endémie syphilitique, mais il convient de lutter avec la même énergie et la même ténacité. D. montre ce qui a été fait à l'étranger et propose des réformes utiles. H. RABEAU.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Hématothérapie focale dans les adénites vénériennes (Hematoterapia focal en las adenitis venéreas), par PELAYO GÓMES MARTÍNEZ. *Actas Dermo-sifiliograficas.* Año XX, Abril-Mayo, 1928, nº 4, p. 361.

P. G. M. injecte dans la zone périadénique le sang prélevé par ponction veineuse. Cette technique lui donne des résultats meilleurs et plus rapides que l'auto-hémothérapie générale, pratiquée à distance suivant les règles habituelles. J. MARGAROT.

Traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par le Trifal (Tratamiento de las tuberculosis cutáneas y de las tubercúlides por el Trifal), par RAMÓN GONZÁLES MEDINA. *Actas Dermo-sifiliograficas.* Año XX. Abril-Mayo, 1928, nº 4, p. 363.

R. G. M. commente l'histoire clinique de cinq malades traités par le Trifal (C^6H^3N : NH.CSAu.COONA + $2H^2O$).

Il note d'heureuses modifications locales (pouvant aller jusqu'à une cicatrisation totale) et surtout une amélioration habituelle de l'état général.

L'échec fut complet dans un cas de lupus érythémateux subaigu.

Une récidive, survenue sept mois après le traitement dans un cas de lupus érythémateux centrifuge, lui suggère l'idée d'une thérapeutique systématique comportant des cures préventives, comme dans la syphilis.

Enfin l'apparition, en plein traitement, d'une éruption généralisée typique de tuberculides papulo-nécrotiques chez un malade porteur d'un lupus tuberculeux, d'adénopathies froides suppurées et de tuberculides papulo-nécrotiques des mains, constituerait un argument en faveur de l'action hautement spécifique des sels d'or dans les tuberculoses cutanées. L'accident rappelle en partie le phénomène de Jarisch-Herxheimer, observé avec des médicaments qui, comme la tuberculine ou le salvarsan, ont une action pratiquement spécifique.

J. MARGAROT.

Revista Medica Gallega (Santiago de Galicia).

Erythrodermie consécutive à des injections intraveineuses de Trifal chez un malade atteint de psoriasis (Eritrodermía por trífal endovenosa en un psoriasis), par E. ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Revista médica gallega.* Santiago de Galicia. Año VIII, nº 7, julio 1928, p. 193.

Après cinq injections pratiquées à trois jours d'intervalle et à des doses progressives de 1 à 5 centigrammes de Trifal, une très vive réac-

tion érythémato-urticarienne se manifeste sur les plaques mêmes d'un psoriasis. Elle s'étend rapidement et bientôt on constate une érythrodermie exfoliante, entièrement généralisée. La cavité buccale est le siège d'un exanthème analogue à celui que donne la sanocrysine, mais sans aucune ressemblance avec les stomatites mercurielle ou bismuthique.

La guérison est à peu près complète quarante jours après le début. D'autre part, l'éruption psoriasique a disparu.

L'auteur fait remarquer que les érythrodermies dues au Trifal sont moins fréquentes, moins intenses et moins prolongéees que les accidents de même ordre causés par la sanocrisine. Elles ne sont jamais suivies de mélanodermie comme les intoxications arsenicales.

Le début de l'érythrodermie par une réaction des éléments psoriasiques et la guérison consécutive de l'éruption (comparable à celle qui a pu être obtenue avec d'autres préparations du même métal), démontreraient une action très nette des sels d'or sur le psoriasis.

J. Margarot.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis, U. S. A.).

Etude de la toxicité de l'hyposulfite de soude en injections intraveineuses (A study of the toxicity of sodium Thiosulphate), par Goldblatt et Dennie. *The American Journ. of Sypyilis*, vol. XII, n° 3, juillet 1928, p. 369.

Les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude étant entrées dans la pratique courante en particulier pour le traitement des intoxications arsénobenzoliques, mercurielles et bismuthiques, G. et D. ont étudié sa toxicité sur des chiens. Ils ont constaté que l'hyposulfite de soude chimiquement pur peut, dans certains cas, occasionner des convulsions mortelles. On doit donc éviter de l'employer en injections intraveineuses. Pour cet usage l'hyposulfite doit avoir subi la préparation suivante qui le rend inoffensif : le sel, chimiquement pur doit être précipité de sa solution aqueuse concentrée par l'addition d'un volume égal d'alcool à 95°. Après décantation on sèche le précipité sur un filtre, on le lave à plusieurs reprises à l'alcool absolu et on le laisse sécher à l'air. Le précipité se présente alors sous forme d'une masse amorphe blanche, facilement soluble dans l'eau. L'hyposulfite ayant subi cette manipulation est absolument inoffensif.

Au cours de leurs expériences G. et D. ont constaté que les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude ont pour conséquence une augmentation des chlorures et une diminution du glucose dans le sang.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Maladie de Paget; véritable cancer tendant à envahir l'épiderme et nécessitant l'amputation précoce et totale du sein, par Pautrier. *Archives of Dermatol. and Syph.*, vol. XVII, n° 6, juin 1928, p. 767.

P. expose sa nouvelle conception de la maladie de Paget.

La dyskératose des cellules malpighiennes est un phénomène assez banal qui existe dans des affections diverses et disparates et ne peut être considéré comme caractérisant essentiellement la maladie de Paget. Les éléments cellulaires caractéristiques sont des grosses cellules à protoplasma clair, à noyau vacuolaire, dépourvues de prolongements; il n'existe pas de formes de transition entre ces cellules et les cellules malpighiennes; ces cellules ne changent pas d'aspect lorsque le cancer est constitué. D'après P. elles ne sont pas d'origine malpighienne, mais prennent naissance dans les glandes sous-jacentes à la peau et migrent vers l'épiderme. P. leur donne le nom de « cellules de Paget », et les considère comme de véritables cellules cancéreuses. La maladie de Paget n'est donc pas un état précancéreux de la peau, mais l'envahissement de celle-ci par un cancer glandulaire sous-jacent.

L'amputation du sein chez une femme qui présentait une maladie de Paget au début a permis de constater la présence d'un cancer canaliculaire qui n'était pas révélé par l'examen clinique. Les documents manquent pour affirmer que ce fait est constant, mais il est indiqué dès maintenant d'extirper et de pratiquer l'examen histologique des tissus sous-jacents à la maladie de Paget. P. pense que les faits donneront raison à sa conception et que toute maladie de Paget est d'emblée un cancer en évolution. S. Fernet.

La valeur diagnostique de la luétine organique, par Hollander. *Archives of Dermatol. and Syph.*, vol. XVII, nº 6, juin 1928, p. 797.

H. a pratiqué chez 30 syphilitiques des intradermo-réactions à la luétine de Busson (extrait aqueux phéniqué de foie d'hérédo). Cette luétine-réaction a eu le plus de valeur dans la syphilis tertiaire dont 80 à 90 o/o des cas donnaient des résultats positifs. La valeur diagnostique de cette méthode est d'autant plus grande que dans 9 cas sur 30 les réactions de Wassermann et de Kahn étaient négatives et que la spécifité des luétine-réactions fût confirmée par le succès du traitement spécifique. S. Fernet.

Le traitement thyroïdien de la pelade, par Gordon. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XVII, nº 6, juin 1928, p 817.

Observation d'un enfant de 4 ans, présentant depuis 9 mois une pelade presque totale, qui fut guérie par le traitement thyroïdien.
S. Fernet.

Dermato-fibro-sarcome progressif et récidivant, par Sencar, Andrews et Willis. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XVII, nº 6, juin 1928, p. 821.

Aperçu bibliographique, étude clinique et histologique de deux nouveaux cas de dermato-fibrome de Darier (dermato-fibro-sarcome protubérant de Hoffmann). S. Fernet.

Etude microchimique de l'arsenic dans les dermites arsenicales (Microchemical studies of arsenic in arsenical dermatitis), par Osborne. *Archives of Dermatology and Syphilol.*, vol. XVIII, nº 1, juillet 1928, p. 37, 10 fig.

O. est l'auteur d'une technique de recherche microchimique de l'arsenic dans les tissus, exposée dans un travail précédent. Cette méthode lui a permis d'étudier sur 18 malades la distribution et l'évolution de l'arsenic dans la peau à la suite de divers traitements arsenicaux.

L'arsenic trivalent (arsénobenzènes) se comporte, à ce point de vue, tout différemment que l'arsenic pentavalent (solution de Fowler, de Donovan, acide arsénieux, cacodylates).

Dans les érythrodermies arsénobenzoliques l'arsenic se dépose profondément dans le chorion autour des artérioles et des capillaires, dans les parois et les lumières des glandes sébacées et sudoripares. Les dépôts d'arsenic peuvent y être constatés dès la 10e heure après l'injection ; 24 heures après, ils sont déjà assez abondants.

L'arsenic trivalent est donc doué d'une affinité spéciale pour les formations vasculaires : artérioles et capillaires sous-papillaires ; on peut dire que les arsénobenzènes sont « vasculo-toxiques ». On s'explique ainsi la fréquence avec laquelle ils déterminent des érythrodermies, des encéphalites hémorragiques, du purpura.

L'arsenic pentavalent a, au contraire, une affinité spéciale pour les formations ectodermiques ; on le trouve déposé dans toute l'épaisseur de l'épiderme, dans les glandes sébacées et sudoripares, dans leurs canaux excréteurs, dans les poils et les follicules pileux. Il ne se dépose pas autour des vaisseaux du chorion. Son affinité pour les formations ectodermiques explique la fréquence des pigmentations et des kératoses consécutives à son emploi et la toxicité de l'atoxyl et de la tryparsamide pour le système nerveux central et le nerf optique.

Lorsqu'on pratique des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude au cours des érythrodermies arsénobenzoliques, on constate une diminution rapide des dépôts d'arsenic dans la peau.

S. Fernet.

Traitement du psoriasis par l'irradiation du thymus (Irradiation of the thymus gland in the treatment of psoriasis), par Jamieson. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XVIII, n° 1, juillet 1928, p. 109.

Une vaste littérature a déjà été consacrée à la méthode de Brock : irradiation du thymus dans le traitement du psoriasis. La plupart des auteurs favorablement disposés pour cette méthode, expriment cependant des réserves sur la régularité de son action.

Sur les 50 cas traités par J. 10 ont été guéris et n'ont pas récidivé depuis 2 ou 3 ans ; 17 ont été améliorés, 28 n'ont pas été modifiés et l'état de l'un d'entre eux a été aggravé.

La méthode de Brock est absolument inoffensive. Elle doit être réservée aux psoriasis rebelles dans lesquels elle donnera quelques chances de succès.

S. Fernet.

L'emploi de l'éphédrine au cours des réactions des arsénobenzènes (The use of ephedrine in controlling reactions to arsphenamine), par Stokes et Mc Intyre. *Archives of Dermat. and Syphilol.*, vol. XVIII, n° 1, juillet 1928, p. 130.

L'éphédrine présente avec l'adrénaline un certain nombre d'effets

communs : hypertension par vasoconstriction et renforcement de l'énergie du cœur, action stimulante sur le centre respiratoire, hyperglycémie, dilatation bronchique. Son action est plus prolongée que celle de l'adrénaline.

S. et Mc I. ont substitué l'éphédrine à l'adrénaline dans la prophylaxie et le traitement des crises nitritoïdes des arsénobenzènes. A la dose de 0 gr. 05, en ingestion, elle leur a paru avoir, dans les cas de ce genre, une efficacité égale à celle de l'adrénaline.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (*Saint-Louis, U. S. A.*).

L'étiologie et le traitement de l'eczéma et de l'urticaire (The etiology and treatment of eczema and urticaria), par Paul. *The urologic and cutaneous review*, vol. XXXII, n° 7, juillet 1928, p. 452.

P. a appliqué au traitement de l'eczéma et de l'urticaire la méthode préconisée par von Zumbusch, consistant en injections sous-cutanées d'un extrait désalbuminé de rate de porc. L'extrait splénique paraît contenir des ferments digestifs antitoxiques qui expliqueraient le mécanisme de son efficacité ; il exerce une action modératrice sur l'éosinophilie et c'est cette particularité qui a suscité l'idée de l'utiliser dans l'eczéma.

P. cite quelques cas de guérison rapide parmi les malades qu'il a traités par cette méthode. S. Fernet.

Przeglad Dermatologiczny (*Varsovie*).

La tuberculose comme facteur étiologique du psoriasis, par Sowinski. *Przeglad Dermatologiczny (Varsovie)*, vol. XXIII, n° 2, p. 127.

De nombreux travaux ont déjà été consacrés à l'étude des rapports possibles entre l'infection tuberculeuse et le psoriasis. S. a étudié à ce point de vue 112 psoriasiques. L'examen radioscopique a montré que 26 o/o d'entre eux présentaient des lésions pulmonaires associées à des lésions ganglionnaires, 12,5 o/o des lésions pulmonaires, 52 o/o des adénopathies. Les cuti-réactions à la tuberculine ont été positives chez 77 o/o de ces malades, douteuses chez 15 o/o et négatives chez 8 o/o.

S. a pratiqué des inoculations de productions psoriasiques sous la peau et dans le péritoine de cobayes ; elles furent toutes négatives, mais, par la suite, ces cobayes présentèrent des tuberculino-réactions (Mantoux) positives, alors qu'elles étaient restées négatives chez les animaux de contrôle.

S. admet donc que la tuberculose prend place à côté des autres facteurs étiologiques du psoriasis. S. Fernet.

Vénérologuya i Dermatologuya (*Moscou*).

Contribution à l'étude d'une forme rare de lichen ruber plan. Lichen ruber plan annulaire atrophique, par B. N. Silberman et L. N. Machkileyson. *Vénérologuya i Dermatologuya*, n° 6, juin 1928, pp. 748-753.

Après un aperçu bibliographique, les auteurs rapportent 2 cas de cette affection rare.

I. Le malade, coiffeur à Moscou, est âgé de 48 ans. Il y a 8 ans il avait, au creux proplité gauche, une « dartre » très prurigineuse qui guérit par des pommades. Il y a une année, le malade a remarqué sur la partie inférieure de l'abdomen, une raie rouge qui a peu à peu formé un cercle. Après 3-4 mois, éruptions analogues aux extrémités supérieures et inférieures, au dos, à la fesse droite. Prurit intense. Les éléments s'accroissent, surtout le foyer initial. Les pommades ne guérissent pas le malade, mais calment le prurit. Dermographisme rouge. Phanères, rien de particulier. Au niveau de l'ombilic, à droite, on trouve un disque mesurant 5 centimètres de diamètre, surélevé, rose-rouge, ferme, couvert de squames légères. Le centre est atrophique et pigmenté. Mêmes disques, 13 en tout, de diamètres variés, aux avant-bras, coudes, dos, cuisses, fesses. En outre, il y a 3 anneaux incomplets, à la poitrine et à la jambe. Pendant une année d'observation, le malade a présenté une fois des éléments lichénoïdes typiques. Malgré une thérapeutique variée, les anneaux se formaient constamment.

II. Un lithographe de 20 ans, célibataire, présenta, il y a une année, une urticaire disséminée et qui guérit après quelques semaines. Il y a 5-6 semaines, a remarqué un anneau à la main, puis à la verge. Des anneaux analogues se sont formés sur tout le corps. Prurit modéré. A côté des anneaux complets, on en trouve d'incomplets. Sur le prépuce, on constate des éléments lichénoïdes typiques.

Chez les 2 malades, les réactions de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi et de Pirquet ont été négatives. Les auteurs expliquent la pathogénie de la dermatose décrite par la théorie de Buschke et Sklarz, selon laquelle il existe une prédisposition lichénoïde.

BERMANN.

A propos des ulcérations cutanées diphtéroïdes, par W. J. MRONGOBIUS. *Vénérologuya i Dermatologuya*, nos 7-8, juillet-août 1928, pp. 946-964.

Le malade, un cordonnier de 23 ans, issu d'une famille saine, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne ou cutanée ni de diphtérie, a remarqué, il y a 4 ans, des ulcérations à la face, au cuir chevelu et aux jambes. Ces ulcérations, grandes comme une pièce suisse de 2 francs venaient et passaient, mais ont amené un amaigrissement et un affaiblissement. Le diagnostic n'a pas été établi. A l'entrée à la clinique, on ne trouve rien de particulier du côté des organes internes, du sang ni des urines. On constate que les jambes, les avant-bras, les pieds sont le siège d'ulcérations superficielles, bien limitées et couvertes de granulations ; la grandeur des ulcérations va de la plus petite dimension jusqu'à celle d'une paume de main. A part les ulcérations, on trouve des cicatrices disséminées en grand nombre sur tout le corps, les extrémités, le cuir chevelu, la face, lisses, blanches ou rouge foncé, denses, vestiges des anciennes ulcérations. Au bout de 2 mois de séjour à la clinique, une vaste ulcération s'est formée qui a occupé toute la partie inférieure de l'abdomen, le bas-ventre et

une partie des fesses, 36 centimètres × 32 centimètres. Au bout d'un mois cette lésion se met à guérir, mais d'autres ulcérations analogues se développent à la poitrine. Les étapes des ulcérations sont : un nodule initial, puis une pustule, qui se couvre d'une croûte, le tout en voie de progression. Petit à petit, le malade guérit et quitte la clinique après 8 mois de séjour. Il était presque tout le temps apyrétique. Le traitement a consisté en arsenic et fer à l'intérieur et localement en compresses boriquées, permanganatées, au sublimé faible, etc. Le pus des ulcérations a montré des bacilles menus, presque des cocci, le farcin fut exclu par des recherches correspondantes. Le bacille montrait de fortes analogies avec le bacille de Löffler. L'inoculation de l'émulsion de ces microbes a reproduit chez le malade une pustule analogue à celles déjà existantes. L'inoculation aux malades du service psychiatrique n'a rien provoqué chez eux, quoique l'on aie fait des injections à 50 personnes et à doses variées. Seul le malade réagissait par des pustules. La cause de la diathèse diphtéroïde est restée inexpliquée. Nulle part, on n'a relevé des bacilles de Löffler chez le malade, quoique toutes les cavités, les muqueuses et les téguments fussent longuement examinés. Le bacille trouvé chez le malade a été nommé cornycbactérie diphtérique cutanée ulcérogène. On en distingue plusieurs variétés et il présente quelques différences avec le bacille de Löffler, notamment, il est plus court ; dans la même préparation il est assez uniforme, n'a pas d'épaississements au milieu du corps ; il est toujours aérobie, se cultive le mieux sur milieu neutre, n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire, la virulence pour l'homme est exceptionnelle, la localisation préférée est la peau. L'affection provoquée est ordinairement chronique. Elle donne presque toujours des cultures pures. BERMANN.

Bélorousskaïa Medizinskaïa Mysl (*Minsk*).

Les maladies cutanées parmi les enfants de la ville de Minsk, par J. E. KANTOR. *Bélorousskaïa Medizinskaïa Mysl*, nos 6-7 juin-juillet 1928, pp. 35-42.

La consultation dermatologique du Dispensaire Infantile Central a été fréquentée par 7.798 enfants malades atteints de dermatoses variées. La répartition d'après le sexe est la suivante : garçons 47,7 o/o. fillettes 52,3 o/o. D'après la nationalité, les enfants se répartissent ainsi : juifs 55,9 o/o, blancs-russiens 34,9 o/o, polonais 4,1 o/o. russes 4,1 o/o. autres 1 o/o. Si l'on prend en considération que la population de Minsk comporte environ 50 o/o de juifs, 40 o/o de blancs-russiens et 10 o/o pour les autres nationalités, on constate que les juifs sont relativement plus atteints que les autres. Quant à l'âge des malades, on trouve : jusqu'à 1 an 4,20 o/o ; de 1 à 8 ans 35,7 o/o ; de 8 à 15 ans 48,9 o/o ; au-dessus de 15 ans 11,2 o/o. Ceci montre que les enfants fréquentant l'école sont donc plus souvent atteints de dermatoses que les enfants restant à la maison. En ce qui concerne le domicile des malades : 86,4 o/o habitent chez leurs parents ; 11,2 o/o se

trouvent dans des asiles pour enfants et 0,5 o/o habitent chez des étrangers. Quant à la position sociale, les enfants d'ouvriers comptent pour 49,4 o/o ; ceux des des employés pour 18,2 o/o, puis viennent les enfants des artisans, paysans, etc. (Les campagnes les plus proches se trouvent à 5-10 km. de la ville). La gale atteint 13,7 o/o des malades. Elle est surtout fréquente chez les filles (57,6 o/o), ce qui s'explique par leurs habits plus découverts ; les juifs en sont les plus atteints (55,5 o/o), puis viennent les blancs-russiens (32,4 o/o), etc. La gale est rare parmi les enfants des asiles pour enfants. Le favus de la tête atteint 14,29 o/o, celui du corps 0,051 o/o, la trichophytie du cuir chevelu 15,3 o/o, celle du tronc 2,1 o/o. Le favus et la trichophytie du cuir chevelu sont plus fréquents chez les garçons, tandis que ces mêmes affections pour le reste du corps sont plus fréquentes chez les filles. Le lupus occupe 0,5 o/o, la syphilis 0,19 o/o, le prurigo 6 o/o, l'eczéma 16,3 o/o, le psoriasis 0,5 o/o. Le lupus se répartit également chez les garçons et les filles ; la syphilis est plus fréquente chez les fillettes, les deux affections sont surtout répandues chez les blancs-russiens. Le prurigo est plus fréquent chez les garçons juifs. Le psoriasis se rencontre surtout chez les garçons juifs. Les mycoses occupent en somme 32 o/o environ des cas, et avec la gale 45,1 o/o. La fréquence de ces « maladies de misère » est expliquée par l'auteur par la promiscuité, la pauvreté, l'état insalubre des logements et l'absence des connaissances hygiéniques parmi la population.

BERMANN.

Contribution au traitement de la pustule maligne par le salvarsan, par S. B. GOLDINE *Belarousskaïa Medizinskaïa Mysl*, nos 6-7, juin-juillet 1928, pp. 159-163

Se basant sur 9 cas personnels de charbon traités par des injections de néo et guéris (un malade est mort de pneumonie survenue à la fin du traitement, alors que son état s'améliorait), l'auteur conclut que le néo occupe, de même que le sérum anticharbonneux, la première place dans l'armement contre cette maladie terrible. Alors que le sérum présente des inconvénients, tels que le dosage difficile, la nécessité d'injections répétées à doses élevées et l'impossibilité de le trouver à la campagne, le néo n'a que des avantages. BERMANN.

Un cas d'argyrie partielle aiguë, par E. CHAPIRO, *Belorousskaïa Medizinskaïa Mysl*, nos 6-7, juin-juillet 1928, pp. 171-174.

Le cas de l'auteur présente un intérêt au point de vue pathologique, clinique et pratique. Il s'agit d'un employé des P. T. T. âgé de 42 ans, se plaignant d'amaigrissement, d'affaiblissement et présentant une pigmentation brun-gris du visage. Les altérations pulmonaires décelées par les rayons X font poser le diagnostic de maladie d'Addison aux médecins qui l'ont vu auparavant. A la clinique, on élimine ce diagnostic, vu l'absence de pigmentation aux faces dorsales des mains. On suppose un dépôt métallique à la face, d'autant plus que la pigmentation dure depuis 16 ans, la faiblesse et la maigreur depuis 2-3 mois seulement. La biopsie montre des grains sombres, voire noirs, situés entre les cellules et groupés selon le mode caractéristique

de l'argyrie. Orientée de ce côté, l'anamnèse montra que le malade avait eu une blennorragie à 26 ans, au service militaire. On lui avait prescrit un flacon contenant 200-300 grammes d'un liquide brun qu'il but en 4 fois en 2 jours. Le lendemain, il eut une gastro-entérite aiguë, avec bronchite et affaiblissement. Au bout de 3 jours, lorsque ces phénomènes eurent cessé, apparut une pigmentation gris-ardoise métallique de la face, après laquelle s'installa une néphrite. Le liquide absorbé a dû être une solution de protargol dont une faible quantité produit rarement l'argyrie, et c'est pourquoi le cas de l'auteur est intéressant. La radiographie montre aux poumons des taches sombres, rondes, de grandeur variable, séparées et non confluentes, de nature mal déterminée. BERMANN.

Klinitcheskaïa Medizina (Moscou).

Un cas de myosite syphilitique des muscles jumeaux du mollet, par O. D. GARCHE, *Klinitcheskaïa Medizina,* t. VI, nº 13 (88), juillet 1928, pp. 778-780

Après un aperçu bibliographique, l'auteur décrit un cas personnel. Une jeune fille de 14 ans est entrée à la clinique physiothérapique pour une contracture et des douleurs aux muscles des mollets, prononcées surtout à droite. La malade boitait de la jambe droite et le diagnostic d'entrée fut celui de tuberculose du genou. Dans les antécédents, on relève qu'à 10 ans, elle avait une affection de la gorge que les parents nomment « diphtérie » et qui a rendu la voix rauque, presqu'aphone. La malade a quitté l'école pour ce motif. Bientôt apparurent des douleurs à la jambe droite, puis à la jambe gauche. La voix est redevenue normale, entre temps, au bout d'une année. On ne trouve chez les parents aucun indice de tuberculose ou de syphilis. La malade présente une scoliose à gauche, le genou droit est fléchi à 160°-165°, les mouvements actifs et passifs sont douloureux. La plante porte par le bord externe. La palpation des muscles jumeaux est accompagnée de douleurs, les muscles sont durs, tendus, augmentés de volume, la tuméfaction est diffuse. La peau est normale, mobile sur les plans sous-jacents, pas d'atrophie. Adénopathie inguinale indolore, molle. Rien de particulier dans les urines et le sang, Bordet-Wassermann très positif. La radiographie ne démontre pas de tuberculose de l'articulation. Le diagnostic de myosite syphilitique fut posé. Les injections de biiodure de mercure et les compresses d'onguent iodé ont amené la guérison. Le poids de la malade a augmenté de 4 kilogrammes, le Bordet-Wassermann est devenu négatif. Après plusieurs séries de traitement la malade a pu marcher, les muscles sont devenus normaux, indolores, la scoliose a disparu et la malade peut être considérée comme guérie. BERMANN.

Le système cardio-vasculaire aux périodes précoces de la syphilis, par P. E. LOUKOMSKY. *Klinitcheskaïa Medizina,* t. VI, nº 14 (89), juillet 1928, pp. 956-976.

Se basant sur les données bibliographiques et l'étude détaillée de

230 malades (30 à la période primaire et 200 à la période secondaire), l'auteur conclut : l'affection de tous les segments du système cardio-vasculaire a lieu aux périodes les plus précoces, même avant l'apparition des éruptions cutanées; la nature de ce processus consiste en une inflammation aiguë localisée aux vaisseaux. Dans une partie des cas de syphilis récente on observe une myasthénie cardiaque, à la base de laquelle on trouve une vascularite aiguë des vaisseaux du cœur, du myocarde notamment. Les affections des vaisseaux (de l'aorte en particulier) et du cœur aux périodes tardives ont un lien immédtat et de succession aux affections précoces du système vasculaire et c'est pourquoi leur vrai début doit être rapporté à la période secondaire de la syphilis, et peut-être, même à la période primaire. BERMANN.

A propos de la casuistique de la réaction de Bordet-Wassermann négative dans la syphilis cutanée active récente, par G. I. MECHTCHERSKY. *Klinitcheskaïa Medizina*, t. VI, n° 14 (89), juillet 1928, pp. 998-999.

Un étudiant de 19 ans, remarque au bout de 5 semaines environ après le coït, une petite ulcération indolore de la verge avec adénopathie bi-inguinale. L'ulcération guérit en 2-3 semaines par un traitement indifférent. Le malade n'a rien vu aux téguments ou aux muqueuses. Au moment de l'observation, on constate une cicatrice ronde dépigmentée avec bordure pigmentée, au frein. Aux bourses, plaques muqueuses hypertrophiques, de même qu'à la face interne de la cuisse, au voisinage des bourses. Tréponèmes pâles constatés. La réaction de Bordet-Wassermann faite à plusieurs reprises, avant, pendant et après le traitement spécifique mixte a toujours été négative. Les accidents syphilitiques guérissaient normalement et ont laissé des taches pigmentées à leur place. L'auteur conclut que le diagnostic de la syphilis doit être basé non seulement sur les réactions sérologiques, mais sur l'aspect clinique en premier lieu. BERMANN.

Rousskaïa Klinika (Moscou).

L'érythème exsudatif polymorphe (noueux), comme type clinique, par K. F. FLEUROFF. *Rousskaïa Klinika*, t. IX, n° 49, mai 1928, pp. 599-615.

Se basant sur les données bibliographiques et l'analyse des observations de 40 malades, l'auteur conclut : l'érythème exsudatif et l'érythème noueux représentent une maladie générale infectieuse particulière, *sui generis*. Elle n'a pas de lien avec les affections cutanées caractérisées par une éruption analogue. Elle nécessite une étude ultérieure de clinique thérapeutique. L'éruption n'est qu'un symptôme isolé de la maladie générale. Le virus pathogène n'est pas connu ; le caractère contagieux est faible. L'on observe une certaine périodicité saisonnière de cette maladie. L'érythème exsudatif et l'érythème noueux sont probablement deux formes d'une même affection. Souvent on observe sur le même malade des éruptions appartenant aux deux types. C'est le même virus qui les provoque, mais la prédominence de tel ou tel type d'éruption dépend de conditions qui sont encore inconnues. Il est même possible que la forme éruptive dépende des particu-

larités anatomiques de la peau selon les régions, par exemple, proximité osseuse, pauvreté de la couche graisseuse sous-cutanée, etc., ce qui détermine des douleurs ou des infiltrations plus ou moins grandes. La découverte future du virus appartient à l'avenir. En attendant, il faudrait changer le nom de la maladie, car celui qui existe ne caractérise que le symptôme cutané. Certains auteurs ont proposé « typhus érythémateux ». L'érythème infectieux est une autre affection générale, non seulement cutanée, ayant ses caractères particuliers et qui est probablement proche de ces formes. BERMANN.

Comment s'explique l'action curative du salvarsan, par J. J. LINTVARSUFF. *Rousskaïa Klinika,* t. IX, n° 49, mai 1928, pp. 635-640.

Les recherches de l'auteur lui permettent d'énoncer les conclusions que voici : le salvarsan, préparation arsenicale colloïdale, s'adsorbe facilement par les éléments figurés du sang. L'introduction du salvarsan dans le sang contribue à la précipitation plus rapide des érythrocytes. Etudiée sur un même animal, la réaction de précipitation des érythrocytes se développe graduellement, atteignant son maximum au bout de 3-4 heures et revenant à la normale vers la 7-8e heure. Les globules rouges ayant adsorbé le salvarsan introduit dans le sang deviennent la proie des polyblastes de la rate et des cellules de Kupfer du foie ; le processus d'érythrophagocytose marche parallèlement avec la réaction de précipitation, mais la courbe est rejetée un peu à droite. L'érythrophagocytose est l'expression morphologique des processus de production d'anticorps qui ont lieu dans l'organisme. L'adsorption d'un antigène, même si elle épuise toute la capacité adsorbante des globules rouges, ne peut bloquer les éléments figurés du sang vis-à-vis des autres antigènes. Le salvarsan provoquant un renforcement de l'érythrophagocytose, contribue à la production plus complète d'anticorps par rapport aux autres antigènes. Le lieu principal de la production des anticorps est la rate, le foie peut y participer ou non, en proportion de son invasion par les érythrophagocytes de la rate. L'autohémothérapie, dont le domaine d'application s'élargit de plus en plus actuellement, doit être combinée aux injections intraveineuses des faibles doses de salvarsan. BERMANN.

Contribution à l'étude du traitement intrarachidien de la neuro-syphilis, par le néosalvarsan, par A. E. KOULKOFF. *Rousskaïa Klinika,* t. IX, n° 50, juin 1928, pp. 788-808.

Après une revue critique de la question, l'auteur rapporte ses observations personnelles. Elles concernent 9 cas, dont 7 de *tabes dorsalis* (parmi lesquels un cas de *tabes dorsalis* juvénile), 1 cas de paralysie générale et 1 cas de syphilis cérébrale. Le nombre des injections intrarachidiennes de néo a été de 32. Les conclusions de l'auteur se résument ainsi : la méthode intrarachidienne d'introduction de néo-salvarsan dans la syphilis tardive peut être recommandée (d'après Gennerich les doses doivent être très faibles, de 1 à 3 mmgr.), parallèlement aux injections intraveineuses (0 gr. 15 de néo) dans le but de contribuer à la pénétration médicamenteuse maxima depuis le sang jus-

qu'au liquide céphalo-rachidien et au système nerveux central (par l'effraction de la barrière hémato-encéphalique qui a lieu dans ces cas). La cure intrarachidienne se compose en moyenne de5-6 injections (sauf quelques cas) avec intervalle de 2 à 2 semaines 1/2 entre les injections intra-rachidiennes. L'auteur défend et soutient cette méthode de traitement, car il a obtenu 7 améliorations considérables (par 4-6 injections). Ces améliorations ont consisté dans la disparition des douleurs fulgurantes et des crises douloureuses, dans la disparition des troubles vésicaux, la diminution de l'ataxie et l'affermissement de la marche ; la vue et la sensibilité se sont aussi améliorées. Après l'injection intrarachidienne, le liquide céphalo-rachidien réagissait d'abord par le renforcement des réactions (lymphocytose, Bordet-Wassermann, benjoin colloïdal, globulines), puis dans plusieurs cas leur affaiblissement. C'est la réaction de Bordet-Wassermann qui a été la plus stable dans ces cas. Avec les doses modérées de néo et une bonne technique opératoire, les complications et les conséquences se réduisent aux phénomènes réactionnels habituels (ascension thermique, céphalée, augmentation des douleurs pendant 1-2 jours. Les indications de la thérapeutique intrarachidienne sont tout d'abord les symptômes de syphilis tardive, surtout les formes résistantes aux traitements ordinaires.

Bermann.

Contribution à l'étude de la valeur diagnostique du tableau hématologique chez les enfants hérédo-syphilitiques, par B. L. Korenberg. *Rousskaïa Klinika*, t X, n° 51, juillet 1928, pp 48-71.

En se basant sur l'étude des données bibliographiques et les observations personnelles de 100 cas de syphilis congénitale chez des enfants âgés de 0 à 10 ans, l'auteur arrive aux conclusions que voici : 1° l'infection virulente des enfants hérédo-syphilitiques ayant des manifestations actives entraîne des modifications graves dans le tableau hématologique ; 2° les altérations graves dans la formule sanguine s'observent chez des enfants rachitiques ; 3° la formule des enfants de parents syphilitiques occupe une place intermédiaire entre le rachitisme et la syphilis active ; 4° l'image pathologique du sang de l'enfant, sans avoir de valeur diagnostique absolue quant à la syphilis, montre quand même la présence d'une infection ou d'une intoxication dans l'organisme. L'impossibilité d'établir le caractère de l'infection par les méthodes d'investigation connues doit diriger la pensée médicale vers la spécificité de la maladie, l'obligeant de chercher l'étiologie non seulement par la voie des examens de laboratoire, mais aussi par l'analyse détaillée et l'observation prolongée, de même que par le traitement d'épreuve ; 5° l'examen périodique du sang des enfants syphilitiques possède une grosse valeur pronostique, car le tableau hématologique reflète l'état général de l'organisme et la présence d'une infection possible.

Bermann.

Vratchébnoïé Délo (Kharkov).

Contribution à l'étude de l'érythème polymorphe infectieux aigu, par Z. N. Nésmélova. *Vratchébnoïé Délo*, nos 13-14, 31 juillet 1928, pp. 1032-1036.

Après un aperçu de la question de l'érythème exsudatif polymorphe et de l'érythème polymorphe noueux, l'auteur rapporte les résultats de ses observations personnelles. Elles concernent 16 malades, dont 10 hommes et 6 femmes. Leur âge allait de 12 à 58 ans, les malades présentaient cette affection pour la première fois. Dans un cas il y avait combinaison des formes polymorphe et noueuse, mais dans tous les cas la maladie évoluait comme affection primaire, infectieuse et aiguë. L'examen du sang et du contenu des vésicules ou papules a toujours donné un résultat négatif, stérile. L'histologie des 7 pièces biopsiées ne montrait qu'une inflammation banale (surtout dans le corps papillaire) et une parakératose. Dans un cas où il y avait angine, polyarthrite, fièvre, etc., et dans deux autres, on a trouvé des cocci disposés en groupe ou à deux, mais il s'agissait de microorganismes non pathogènes. L'auteur ne leur attribue aucun rôle causal. L'auteur explique qu'il n'a pas trouvé le streptobacille moniliforme décrit par Levaditi du fait de la place secondaire qu'occupait dans ses cas l'érythème, la première place y étant occupée par le syndrome infectieux : fièvre, céphalée, douleurs articulaires, etc.

BERMANN.

La blennorrhée expérimentale, par P. A. ALISSOFF et MM. FAÏBITCH. *Vratchebnoïé Délo*, nos 13-14, 31 juillet 1928, pp. 1060-1063.

Pour éliminer les causes d'erreur dans les examens bactériologiques, les auteurs ont démontré par l'étude des cultures et des recherches microscopiques que l'œil normal ou inflammé ne contient aucune espèce microbienne rappelant le gonocoque. Ensuite ils ont inoculé à 26 lapins 17 souches gonococciques. L'inoculation se faisait dans la conjonctive sensibilisée par de la bile diluée ou concentrée. Estimant que l'insuccès des inoculations d'autres auteurs s'expliquait par des conditions défavorables de température, les auteurs obtenaient un abaissement de la température corporelle des lapins, en leur rasant le dos et les flancs et en les plaçant dans un local peu chauffé (6-10° C.). Cliniquement, la blennorrhée a été obtenue dans tous les 26 cas, mais les gonocoques n'ont été trouvés que dans 14 cas. La durée de l'observation des animaux était de 1 mois 1/2 à 2 mois 1/2. Cinq lapins ont péri. Leur autopsie révéla une hypérémie des vaisseaux cérébraux, une hypersécrétion des ventricules cérébraux, un liquide péritonéal hémorragique et des dégénérescences des organes internes. Les expériences de contrôle ont montré que l'inoculation de l'ascite-bouillon stérile ne provoque qu'une inflammation légère et transitoire. Les auteurs concluent que la bile à 25 o/o est la meilleure substance pour réaliser la sensibilisation des muqueuses et que le trouble d'échange calorifique joue un rôle prépondérant dans l'obtention des résultats positifs de l'inoculation gonococcique.

BERMANN.

La réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis expérimentale des lapins, par P. G. OGANÉSSIANTZ. *Vratchébnoïé Délo*, nos 13-14, 31 juillet 1928, pp. 1063-1066.

Se basant sur des recherches personnelles sur des lapins inoculés de syphilis, l'auteur conclut : l'emploi de sérum titré dans la réaction de Bordet-Wassermann fait diminuer le nombre des réactions non spécifiques jusqu'au minimum n'ayant aucune signification pratique. La réaction positive dans la syphilis expérimentale des lapins dénote un processus syphilitique actif, dans la plupart des cas déterminé facilement, cliniquement et bactérioscopiquement. Ne décelant pas la syphilis latente, les méthodes existantes de Bordet-Wassermann ne sont pas applicables à la résolution des questions d'immunité et de thérapie de la syphilis expérimentale des lapins. BERMANN.

Vratchebnaïa Gazeta.

Contribution à l'étude des urétrites gonococciques chez les petits garçons, par B. J. FRENKEL (Kharkov). *Vratchébnaïa Gazéta,* nos 11-12, juin 1928, ppr 834-838.

La blennorragie s'est généralisée dernièrement non seulement parmi les adultes, mais aussi parmi les enfants, garcons et fillettes. En 1927, l'auteur a observé 5 garçons blennorragiques, dont 4 ont été infectés par la voie sexuelle, et 1 extra-sexuelle. Trois de ces malades n'ont pas atteint l'âge de 5 ans. Un malade a été infecté par une prostituée, un autre par une domestique, deux par des « amies » et un par la mère (extra-génitale). L'incubation a été impossible d'établir. Tous les malades avaient des symptômes de balanite et de balanoposthite, de phimosis et de paraphimosis, ces symptômes ayant précédé et accompagné ceux d'urétrite. Les gonocoques ont été constatés dans tous les 5 cas. Le traitement a consisté en repos au lit, diète lactée, salol à l'intérieur. Les complications ont été traitées par des bains de permanganate. Le traitement a duré de 1 à 2 mois. Il n'y avait pas d'épididymite, de prostatite, etc., chez les malades. Au titre prophylactique, l'auteur recommande une éducation sanitaire et hygiénique de la population, l'étude détaillée de la famille des malades, la préservation des enfants de la mauvaise influence de la rue et de la prostitution. Les domestiques doivent être surveillées. Les enfants à prépuce long doivent avoir des soins de propreté méticuleuse.

BERMANN.

Un cas de fièvre syphilitique, par J.-D. KOUDENKO. *Vratchébnaïa Gazéta,* nos 11-12, juin 1928, pp. 839-840.

Une femme mariée, âgée de 34 ans, ménagère, enceinte de 3 mois, ayant déjà accouché 9 fois et n'ayant aucun antécédent particul er, se plaignant de céphalée, courbature, faiblesse, fièvre et douleurs articulaires, mais n'ayant aucun trouble viscéral, présente une hyperthermie surtout le soir. Son état s'aggrave, elle présente une contracture du biceps droit. Ensuite apparaissent des douleurs aux jambes, avec polynévrite. Amaigrissement, sommeil mauvais, apathie. Cet état a duré 4 mois 1/2. Puis apparaissent un rupia syphilitique, puis une angine spécifique, de même qu'une hyperthyroïdie sans exophtalmie.

La grossesse marchait normalement. Réactions sérologiques, négatives au début, sont devenues positives. Le traitement spécifique ramène la température à la normale, l'état de la malade s'améliore. La contracture, l'hyperthyroïdie et les douleurs aux jambes ont disparu. L'accouchement à terme, a mis au monde un enfant sans accidents syphilitiques, mais chétif, maigre, qui est mort au 3e mois de sa vie de troubles gastro-intestinaux. Toute la famille de la malade a été saine, sauf la sœur du mari, qui cachait sa syphilis et se traitait mal. Elle avait des contacts fréquents avec la malade et l'a infectée de syphilis. BERMANN.

Un cas d'infection syphilitique par morsure, par M. IRGUÈRE (Moscou). *Vratchébnaïa Gazéta*, nos 11-12, juin 1928, pp. 840-843.

Un ouvrier textile qui, pendant une lutte avec un camarade, a été mordu à la main, a vu la plaie de la morsure persister malgré des badigeonnages quotidiens à la teinture d'iode. Quelques semaines après, il présenta, à la paume de la main droite une ulcération ronde, indolore, surélevée, traitée par des pommades. Plus tard, roséole, papules aux bourses et syphilide papuleuse aux hanches. Polyadénopathie. B.-W. ++++. Spirochètes constatés. Pas de maladies vénériennes antérieures. Le malade est marié, sa femme et son enfant sont sains, leur Bordet-Wassermann est négatif. Le camarade qui a mordu le malade n'a pas de syphilis active, il nie les maladies vénériennes, mais son Bordet-Wassermann est positif. Or, l'examen détaillé n'a pas été accepté par cet ouvrier, car il a craint une procédure judiciaire et des poursuites légales. Par conséquent, l'infection a été faite par la morsure ou bien elle n'a fait qu'ouvrir le chemin à une autre infection pénétrée dans lieu mordu.

BERMANN.

Erythème exsudatif polymorphe avec affection des organes internes et terminé par la mort, par I. E. CHKOLNIK *Vratchébnaïa Gazeta*, nos 13-14, juillet 1928, pp. 926-928.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur rapporte son cas personnel.

Il s'agit d'une jeune fille entrée à la clinique dans un état grave et qui n'a pas pu fournir de données anamnestiques. Elle avait de la céphalée, de la dysarthrie, des hémorragies buccales et des vomissements. Anémie cutanéo-muqueuse, cyanose labiale. Muqueuses génitales : rien de particulier Les faces internes des joues et des lèvres et la langue sont sanguinolente. Les surfarces de flexion des extrémités supérieures et inférieures sont couvertes de taches rouges de grandeurs différentes, il y a aussi des taches sur le tronc, aux joues et au bout du nez, à teinte plus intense. Poumons et plèvres, rien de particulier. Ventre ballonné. Albuminurie, oxalaturie et cylindrurie. Le lendemain de l'entrée de la malade à la clinique, les taches ont une tendance à confluer. Inappétence. Constipation. Douleurs épigastriques. Hémorragies buccales continues. Faiblesse générale progressive, somnolence, dyspnée, coma, faiblesse cardiaque et mort. Les

données de l'autopsie sont : érosions et desquamations épithéliales de la muqueuse buccale. La muqueuse gastrique manque presque totalement. Grand volume du rein, qui est blanc, la capsule s'enlève facilement. La surface du gros rein blanc est lisse, la couche corticale est augmentée. Rien de particulier aux autres viscères. L'auteur conclut qu'il faut hospitaliser les cas d'érythème exsudatif multiforme afin de les préserver de complications si graves. BERMANN.

Erythrocyanose des jambes chez les femmes et les jeunes filles, par M. A. ROSENTOUL. *Vratchébnaïa Gazéta*, nos 13-14, juillet 1928, pp. 923-926.

L'auteur décrit un cas personnel de cette affection qui est actuellement à la mode et dont on peut dire qu'elle est la conséquence de la mode. Une jeune femme de 34 ans s'habillant à la mode (jupe courte, bas fins, souliers bas) en été comme en hiver, présente depuis 3 ans un érythème cyanotique symétrique du tiers inférieur des deux jambes, surtout aux faces latérales, avec limites nettes, température abaissée, même en été. La peau y est pâteuse, semée de lichen pilaire, fait difficilement des plis, mais sans œdème. La position élevée améliore, mais ne fait pas disparaître l'érythrocyanose. Cette affection ne doit pas être confondue avec des formes atypiques d'érythème induré de Bazin, comme on le fait parfois. L'auteur soutient l'opinion que l'érythrocyanose des jambes des jeunes filles et femmes est une variété particulière d'engelure survenant en un l'endroit insolite et ayant de ce fait une évolution originale. L'auteur en voit la pathogénie dans la mode actuelle qui exige en hiver, comme en été une jupe courte, des bas fins et des souliers bas et expose au froid les jambes, les pieds et les fesses. Pour étayer cette opinion, l'auteur a examiné les extrémités inférieures de 50 hommes et de 105 femmes venus pour diverses affections. Pas un seul homme n'avait d'érythrocyanose ; quant aux femmes, l'auteur a trouvé deux cas parmi les 26 femmes ne portant pas de chaussures chaudes. L'auteur rapporte ces deux cas et combat la théorie de l'origine tuberculeuse de cette affection qui n'est pas non plus une tuberculide comme le prouve une biopsie faite chez une jeune fille de 19 ans (3e cas). La dysendocrinie joue certes un rôle. L'auteur conclut au danger de la mode actuelle.

BERMANN.

Contribution à l'étude de l'herpès simple dans le paludisme, par N. A. BOGOÏAVLENSKY et I. M. OROUDGÉFF. *Vratchébnaïa Gazéta*, nos 13-14, juillet 1928, pp. 928-930.

De 1924 à 1926 les auteurs ont observé 312 cas d'herpès simple dans le paludisme. Il y a un parallélisme rigoureux de l'herpès et de l'accès fébrile. 2,7 o/o seulement des malades porteurs d'herpès ne présentaient pas de fièvre quoique leur sang montrat des parasites. C'est la forme quotidienne qui donne le plus souvent des cas d'herpès (65 o/o). C'est la forme tropique qui s'accompagne le plus souvent d'herpès (50 o/o) qui ne se trouve jamais dans la forme mixte. Le plus fréquemment l'herpès est constaté le premier jour de l'accès. Dans

83,7 o/o, l'herpès se rencontre chez les jeunes gens jusqu'à 20 ans, il est exceptionnel chez les vieillards. Les hommes sont plus atteints que les femmes, la proportion est de 30 à 70 o/o. La nationalité et les professions n'influent pas aur l'apparition de l'herpès. C'est en automne que l'herpès se voit le plus à Azerbeydjan (70,2 o/o). La localisation préférée est la surface muqueuse des lèvres (71 o/o), mais toute la muqueuse buccale et les téguments de la face peuvent y participer. Les foyers endémiques fournissent moins de cas d'herpès qu'en cas d'épidémie. L'herpès seul, sans autres symptômes concomitants, ne peut servir au diagnostic du paludisme. BERMANN.

Un cas rare de métastase cutanée du cancer bronchique, par ANNA GASSOUL. *Vratchébnaïa Gazéta*, nos 13-14, juillet 1928, pp. 930-931.

Les cas de métastases cutanées de néoformations malignes sont très rares et par conséquent intéressants. Un homme âgé de 55 ans, fumeur et alcoolique, mais niant la syphilis et issu d'une famille saine, amaigri, anémié, affaibli, présente plusieurs tumeurs au front et à la tempe, de même que sur le flanc gauche et à la poitrine. Les tumeurs grosses comme une noisette sont douloureuses. Hypertrophie du foie et de la rate. Respiration bronchique à gauche, respiration rude à droite. Les parties inférieures du poumon respirent faiblement. B.-W. — rien de particulier dans les crachats. Paralysie des nerfs acoustique, facial et oculo-moteur extérieur. Les neurologistes ont émis la supposition d'une maladie de Recklinghausen associée à une tumeur cérébrale de l'angle ponto-cérébelleux. La biopsie d'une des tumeurs cutanées montre un cancer. Au bout de 5 semaines, le malade meurt. L'autopsie montre un cancer d'une bronche gauche avec métastases rénales, crâniennes, dure-mériennes, hépatiques, surrénales, de l'artériosclérose et une bronchopneumonie gauche.

BERMANN.

Recueil Jubilaire des Travaux de l'Institut Dermato-Vénéreologique d'Odessa.

Contribution à l'étude de la sclérodermie blanche superficielle en gouttes (white spot sclerodermia), par M. G. MGUÉBROW et L. L. BRODSKY. *Recueil Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 159-186.

Se basant sur des données bibliographiques et l'étude détaillée des 3 cas personnels, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Jusqu'à l'éclaircissement de l'étiologie et de la pathogénie du lichen scléreux et de la sclérodermie superficielle, il faut admettre l'existence des deux affections. Les données de la science contemporaine ne donnent pas la possibilité d'établir entre un diagnostic différentiel exact. Or, en présence d'éléments lichénoïdes, indépendamment de leur couleur, en présence de la tendance au groupement propre au lichen plan, en présence de l'aspect en mosaïque des placards et de la disposition de l'éruption, correspondant à la localisation favorite du lichen plan, y

compris la muqueuse buccale, de même qu'en présence de prurit intense, l'affection doit être considérée comme du lichen scléreux. Les cas personnels de l'auteur, d'après l'étude clinique et histologique, doivent être rapportés à la sclérodermie superficielle d'Unna, à laquelle convient mieux le terme de sclérodermie blanche superficielle en gouttes, qui caractérise l'affection d'une façon la plus précise. Le lichen scléreux représente comme une forme de passage entre le lichen plan et la sclérodermie superficielle et il se développe probablement chez des personnes ayant une tendance à la sclérose et à l'atrophie. La reconnaissance de l'existence de sclérodermies lichénoïdes particulières ou de formes de passage entre le lichen scléreux et la sclérodermie superficielle n'a pas de base réelle. Les cas de Fischer, de Vignolo-Luttati, le lichen blanc de Zumbusch et le cas de Czillag doivent être considérés comme des lichens scléreux. La White Spot disease, comme forme autonome de maladie cutanée, n'existe pas. BERMANN.

Contribution à l'application en dermatologie d' « épreuves fonctionnelles » pour l'examen du système nerveux végétatif et de l'appareil endocrine, par M. G. MGUÉBROW et I. M. MOREYNIS. *Recueil Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 189-194.

Les épreuves pharmacodynamiques employées par les auteurs ont été faites avec l'atropine, la pilocarpine, l'adrénaline, l'extrait thyroïdien, la pituitrine, l'ovarine. Le nombre des malades étudiés était de 47, souffrant de dermatoses diverses. Dans 7 cas de parakératose psoriasiforme c'est l'excitation du système nerveux végétatif qui prédomine, du sympathique ou du parasympathique ou des deux à la fois, mais dans deux cas il y avait une hypoamphotonie avec hyperthyroïdisme. Dans un cas d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu avec dystrophies diverses on a dépisté une hyperthyroïdie. Une toxicodermie quininique a prouvé une sympathicotonie avec l'atropine et des réactions normales avec d'autres médicaments. Une dermatite salvarsanique a montré un hyperthyroïdisme, les autres réactions étant faibles ou négatives. La dermatite exfoliative a donné une hypoamphotonie, des réactions avec les extraits organiques ayant été faibles ou normales. Des 2 cas de dysidrose un a montré une amphotonie, l'autre un hyperthyroïdisme. Des 2 cas de pemphigus vulgaire, un n'a pas donné d'écarts, l'autre a donné une amphotonie avec l'atropine. Dans 7 cas de dermatite polymorphe de Dühring on a trouvé une excitation de tout le système nerveux végétatif, dans quelques cas l'excitation du parasympathique ou son oppression. Dans les 3 cas de névrodermite il y avait une sympathicotonie à l'atropine, une vagotonie à l'atropine et un hyperthyroïdisme. Un cas de névrodermite nodulaire a donné un hypothyroïdisme. Les 2 cas de prurigo ont montré une sympathicotonie à l'atropine. Un urticaire menstruel a montré une amphotonie à l'atropine. Dans un cas de pityriasis rubra pilaire, réactions variables. Dans 5 cas de psoriasis vulgaire, réactions diverses. Dans 2 cas de parapsoriasis en gouttes, une hypovagotonie

à l'atropine, l'autre cas à réactions diverses. La poïkilodermie atrophique a donné une hypoamphotonie à l'atropine. L'atrophie maculeuse de la peau a montré une amphotonie à l'atropine. Dans 2 cas de sclérodermie blanche superficielle en gouttes il y avait une vagotonie et une hypoamphotonie. Dans 3 cas de sclérodermie les réactions ont été diverses. Dans un cas d'ichtyose il y avait hypoamphotonie avec l'atropine. Dans la télangiectasie paralytique il y avait sympathicotonie avec l'atropine. Les écarts varient dans la même dermatose pour tout le système végétatif ou l'un ou les deux de ses secteurs, tantôt excitation, tantôt inhibition. Ce ne sont que les études ultérieures, détaillées et nombreuses, qui permettront de tirer des conclusions.

BERMANN.

Essai de détermination de l'azotémie dans certaines affections cutanées à l'aide de la constante d'Ambard, par L. L. BRODSKY et D. G. TOULBERMANN. *Recueil Jubiliaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 196-204.

Se basant sur les données bibliographiques et leurs recherches personnelles faites sur 72 cas des dermatoses diverses (psoriasis vulgaire, 24 ; eczéma, 22 ; prurit cutané, 9 ; autres affections, 2 ; les auteurs concluent : la détermination de l'azote ou de l'urée dans le sang, à plus forte raison dans l'urine, ne peut par elle-même servir de signe d'azotémie, c'est-à-dire, de la rétention de l'azote dans le sang. La constante d'Ambard, exprimant le rapport de l'urée du sang et de celle de l'urine, montrant la sécrétion régulière ou irrégulière de l'urée par les reins, peut déceler une rétention anormale de l'urée dans le sang. L'azotémie, donc la rétention de l'urée dans le sang, s'observe à un faible degré chez les psoriasiques et à un haut degré chez les eczémateux. Il est pour le moment impossible d'établir un rapport étiogique entre l'azotémie, le psoriasis et l'eczéma. Ceci demande des études ultérieures. BERMANN.

Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose cutanée avec la tuberculose des organes internes, par A. L. BLINDER. *Recueil Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 206-220.

Se basant sur les données bibliographiques et l'étude personnelle de 130 malades atteints de lupus érythémateux, de lupus vulgaire, d'autres formes de tuberculose cutanée et de tuberculides, l'auteur conclut : La tuberculose cutanée atteint surtout les paysans pauvres et vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques et sanitaires. L'auteur n'a pas observé de malade au-dessous d'un an, l'âge le plus fréquemment rencontré varie de 1 à 15. La tuberculose cutanée se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme (2,5 fois plus souvent). Le lupus vulgaire se localise le plus fréquemment sur la peau de la face et les muqueuses des voies respiratoires supérieures. Les tuberculides atteignent le plus souvent les extrémités, puis la figure. Les formes prédominantes de la tuberculose cutanée sont bénignes, non ulcérées. Parmi les viscères, c'est le poumon qui est le

plus fréquemment atteint, le processus est habituellement bénin. La tuberculose viscérale se rencontre dans 88,7 o/o des cas de tuberculose cutanée. La réaction de Pirquet est positive dans 85,8 o/o des cas de tuberculose cutanée. Le lupus érythémateux est 5 fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les femmes malades sont surtout des paysannes et des ménagères. Le début du lupus érythémateux a lieu ordinairement entre 20 et 40 ans. Sa localisation habituelle est la figure, ensuite viennent les muqueuses et le cuir chevelu. Le reste du corps est atteint exceptionnellement. Dans 48,5 o/o des cas on ne trouve pas de rapport entre le lupus érythémateux et la tuberculose. Les affections tuberculeuses sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Dans 65 o/o des cas la réaction de Pirquet est négative. Le lupus érythémateux est un syndrome qu'on peut observer également dans d'autres affections. BERMANN.

Les affections de la muqueuse buccale dans la tuberculose papulo-nécrotique de la peau (tuberculide), R. D. CHKOLNIK. *Recueil jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 222-225.

Se basant sur 2 cas de tuberculides cutanées avec localisation sur les muqueuses chez 2 frères de 8 et 5 ans, l'auteur conclut : les tuberculides peuvent affecter aussi les muqueuses, les cas de l'auteur sont les premières observations de cette catégorie. Les localisations muqueuses ont l'aspect des nodules gris des dimensions variées. Les affections des muqueuses rapprochent les tuberculides des autres affections tuberleuses qui sont capables d'atteindre les muqueuses. Dans les cas des tuberculides l'organisme montre une résistance élevée vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. BERMANN.

La casuistique des lichénifications atypiques : nevrodermite nodulaire chronique, par M. G. MGUÉBROFF et D. M. KHAÏNTINE. *Recueil Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa,* 1917-1927, t. I, pp. 226-229.

Une institutrice russe, âgée de 30 ans, mariée et mère de 2 enfants bien portants présente depuis 10 ans, aux surfaces de flexion des membres supérieurs et inférieurs et aux lombes des éléments nodulaires de dimensions allant d'un pois à une pièce suisse de 2 francs, ronds avec une surface sphérique, fermes et de teinte violacée. Certains nodules sont couverts de croûtes cornées, qui les recouvrent entièrement ou seulement à la partie centrale, qui devient déprimée si l'on enlève la croûtelle. Certaines croûtes sont impétigineuses. Prurit intense périodique. Les éléments sont précédés de démangeaisons. La dermatose ne disparaît pas. Pas de troubles viscéraux. La biopsie montre une inflammation chronique du derme et de l'épiderme qui peut être expliquée par la réaction cutanée aux irritations produites par le grattage. Le diagnostic que posent les auteurs est: nevrodermite nodulaire chronique. BERMANN.

La casuistique des lichénifications atypiques : nevrodermite hypertrophique, par M. G. MGUÉBROW, L. I. FAÏNGOLDE et J. P. FELDMAN. *Recueil*

Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa, 1917-1927, t. I, pp. 230-232.

Le malade âgé de 25 ans souffre de prurigo depuis l'enfance. Il est atteint de *tabes dorsalis* et de dystrophies faciales multiples d'origine hérédo-syphilitique. Bordet-Wassermann négatif. Depuis une demi-année, à part le prurigo, il présente à la face intérieure de la cuisse gauche, vis-à-vis des bourses, un épaississement cutané limité, grand comme une pièce d'argent de 5 francs, de forme ovale irrégulière, élevé de 7-8 millimètres au-dessus du niveau de la peau, ferme, indolore, mobile avec la peau et traversé par des sillons, il n'y a pas de nodules. La biopsie montre une hyperkératose, un allongement des papilles, une parakératose légère, de l'œdème et une faible dégénérescence de la couche de Malpighi, avec altération cavitaire, infiltration de la partie supérieure et moyenne du derme, avec œdème et sclérose du tissu conjonctif. Lymphatiques et vaisseaux sanguins élargis, à parois épaissies. Diagnostic nevrodermite hypertrophique.

BERMANN.

Essai de traitement des sycosis par l'antivirus d'après Besredka et en combinaison avec l'épilation par les rayons Roentgen, par J. P. FELDMAN et R. B. GOURVITCH-GRAGUÉROWA. *Recueil Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 233-239.

Les auteurs ont traité 17 cas de sycosis staphylococcique par des méthodes diverses : l'antivirus de Besredka (1 cas), le vaccin de Jausion (8 cas), l'auto-vaccin en compresses (1 cas) et la méthode de Mguébroff (traitement par l'antivirus de Besredka durant 1 mois 1/2-3 mois, puis, lorsqu'une amélioration s'est manifestée, épilation par les rayons X ou par l'acétate de thallium). La méthode de Besredka donne de bons résultats, mais il faut avoir beaucoup de bouillon, car il dessèche vite et il faut changer les compresses. Le vaccin-gelée de Jausion et l'auto-vaccin ont donné des améliorations temporaires, avec des récidives fréquentes. Le meilleur effet a été obtenu par la méthode de Mguébroff. La vaccination d'après Besredka augmente la résistance de la peau, mais il faut lui donner un repos et la débarrasser des poils, ce qui est réalisé par les rayons X ordinairement. Les folliculites qui surviennent parfois cèdent aux badigeonnages à l'alcool salicylé. Le succès de cette combinaison ne peut être obtenu par les rayons X sans vaccination préalable, fait que les auteurs ont noté sur les cas qu'ils ont observés.

BERMANN.

Essai d'emploi de la thérapeutique protéinique et désensibilisatrice en dermatologie, par G. I. LANDA. *Recueil Jubilaire des travaux de l'Institut Dermato-Vénérologique d'Odessa*, 1917-1927, t. I, pp. 240-269.

Après une étude générale de la thérapeutique non spécifique, l'auteur s'arrête aux détails avec différentes modalités de cette thérapeutique qui se répand de plus en plus et dont le domaine s'élargit chaque jour. Le matériel personnel de l'auteur se compose de 193 cas de dermatoses traités par la lactothérapie, de 384 cas traités par les injections d'essence de térébenthine, de 93 cas traités par l'autohémothé-

rapie, de 51 cas traités par des injections d'huile de foie de morue, de 64 cas traités par les injections de chlorure de calcium, de 46 cas traités par les injections de bromure de sodium et de 32 cas traités par des injections d'hyposulfite de soude. Toutes ces substances peuvent, d'après l'auteur, être employées dans la pratique ambulatoire, sauf le lait qui donne des complications et des réactions intenses qui le font réserver pour l'hôpital surtout. Le lait rend de bons services dans l'érysipèle. L'essence de térébenthine agit favorablement dans les pyodermites. Les injections intraveineuses de chlorure de calcium et de bromure de sodium rendent d'excellents services dans l'eczéma aigu, suintant, les eczématides, l'urticaire. Dans les toxicodermies, le chlorure de calcium ou l'hyposulfite de soude agissent favorablement; dans l'eczéma impétigineux l'autohémothérapie ou l'essence de térébenthine. L'autohémothérapie combat efficacement l'herpès zoster et simple. Dans les processus prurigineux chroniques et dermatoses choniques, les topiques doivent toujours être associés à l'essence de térébenthine, au chlorure de calcium, au bromure de sodium, parfois à l'autohémothérapie. Le choix de l'agent curatif dépend de l'expérience personnelle du médecin, de son habitude de manier telle ou telle substance. L'insuccès d'une méthode doit en faire employer une autre jusqu'à l'obtention du succès. Les méthodes désensibilisatrices doivent, selon l'auteur, être employées plus souvent qu'elles ne le sont actuellement. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel des maladies intersexuelles (Manual de enfermedades intersexuales), par Jaime Peyri, avec 33 planches en couleur et 152 figures dans le texte. Espasa-Calpe S. A., Barcelone, 1928.

Le professeur Jaime Peyri, de Barcelone, vient de faire paraître un volume de 500 pages qu'il intitule modestement *Manuel des maladies intersexuelles*. C'est en réalité un véritable traité auquel il ne manque, pour justifier ce nom, que des annexes bibliographiques. Un tel ouvrage, dit l'auteur, se justifie par la marche rapide des idées et des recherches biologiques contemporaines, par le souci de faire connaître les travaux espagnols (que l'on connaît et apprécie à l'étranger, quoi qu'il en dise), par les besoins de l'enseignement des étudiants et des médecins de médecine générale, les *pantriates* comme on les appelle en espagnol ou les *internistes* selon la terminologie sud-américaine. Mais un bon livre se justifie lui-même. On trouvera dans celui-ci une étude pédagogique complète de la syphilis, du chancre simple, de la blennorragie (ce dernier chapitre excellent rédigé par le docteur Tragant), de la balano-posthite, de la balanite fissuraire vénérienne, de la maladie de Nicolas et Favre, du granulome vénérien tropical, du granulome vénérien ulcéro-serpigineux d'Azua, de l'ulcère aigu de la vulve de Lipschutz, des papillomes, de l'herpès génital, du *Molluscum contagiosum*, de la phtiriase et de la gale.

La partie consacrée à la syphilis est naturellement la plus longue. On y trouve, outre les descriptions de la syphilis « dermatologique » celles de la syphilis viscérale. Mais ce qui fait, pour les syphiligraphes, l'intérêt principal de ce volume, c'est une mise au point des dernières découvertes concernant la pathologie générale et la parasitologie de la syphilis. A ce sujet, il faut citer surtout les chapitres relatifs aux formes non spirillées du parasite de la syphilis, au concept de l'antagonisme entre la syphilis et les tissus, l'immunité, les surinfections, les réinoculations, les réinfections, etc.

La partie thérapeutique n'est pas négligée. En dehors de ce que l'on trouve actuellement dans tous les livres, on lira avec intérêt les idées de l'auteur sur les catalyseurs, la fatigue médicamenteuse, l'indice opsonique, l'aspécificité médicamenteuse, la leucopyréthothérapie. Si, pour paraître sincère, il faut se garder de tout louer, je me permettrai une légère critique. Elle porte sur la classification et l'usage des divers arsénobenzènes qui constituent des armes thérapeutiques variées dont le médecin doit bien connaître les indications et l'emploi. Il y aurait peut-être à compléter ce chapitre.

La syphilis héréditaire est traitée complètement à la lumière des recherches contemporaines sur les glandes endocrines. Les problèmes de prophylaxie sont envisagés et discutés sans parti-pris.

Je ne dis rien des chapitres traitant des autres maladies « intersexuelles » sinon qu'ils sont tout à fait au point et au courant des recherches les plus modernes.

L'ouvrage est abondamment illustré, en noir et en couleurs : un effort graphique considérable a été fait et il faut en féliciter les éditeurs. De nombreux schémas, où éclate l'originalité de l'auteur, éclairent souvent le texte.

Il est hors de doute que le succès du Manuel du professeur Peyri est assuré et non pas seulement dans les pays de langue espagnole. Dans sa préface, l'auteur dit de son livre, comme de tous ceux qui exposent les recherches en cours, qu'il leur faut se renouveler ou mourir rapidement. Une prochaine édition de celui-ci évitera certainement un aussi triste destin, en lui donnant l'occasion de se renouveler.

Clément Simon.

Annes-Charles Lorry (1726-1783) et son œuvre dermatologique, par Arne Kissmeyer (Préface du docteur L. Brocq). Une plaquette de 64 pages. Paris 1928, A. Legrand, édit.

Peu de dermatologistes français connaissent Lorry autrement que de nom. La cause en est simple : il écrivait en latin. Il faut donc que ce soit un dermatologiste danois, doublé d'un excellent latiniste qui vienne nous dire et nous démontrer que Lorry, médecin parisien, est le fondateur de la dermatologie moderne. La plaquette d'Arne Kissmeyer est charmante et écrite en bon français, avec parfois des tournures non pas certes incorrectes mais originales qui en remontent la saveur. Il nous montre d'abord l'homme, né et élevé dans la bonne société scientifique et artiste du xviiie siècle, se faisant rapidement remarquer et apprécier dans le monde médical et dans le monde tout court. Qualités brillantes de l'esprit, érudition, don d'observation des faits, bonté, bienveillance, dévouement aux humbles, Lorry avait tout cela. Si Balzac avait eu l'attention attirée sur lui, il aurait pu écrire un pendant au *Médecin de campagne* et nous aurions eu *Médecin de Paris* dont le modèle était tout trouvé. Arne Kissmeyer est assez doué et assez informé de la vie parisienne au xviiie siècle pour l'écrire et il m'excusera de lui donner, en passant, cette idée. Il pourrait nous montrer les milieux divers que la profession de Lorry l'appelait à visiter : depuis la cour et les grandes familles, jusqu'aux plus humbles qui, connaissant son grand cœur, pouvaient aussi compter sur ses soins. Il nous ferait de lui un portrait physique qui manque dans sa plaquette et il trouverait bien sans doute qu'un homme aussi séduisant n'a pas vécu sans amour. Kissmeyer en se bornant à nous dire qu'il fut gâté des princes et des femmes et qu'il resta célibataire, ne nous dit pas certainement tout ce qu'il sait.

Que Lorry ait été le fondateur de la dermatologie moderne, avant qu'Alibert ait fondé l'école dermatologique française et Hebra l'école

dermatologique viennoise, cela paraît démontré. Le premier il substitue les faits à la loquacité scolaire (*verba rebus substituit*) ; le premier il voit dans la peau non seulement un revêtement, mais un organe ayant des relations avec les organes internes, principalement le tube digestif, le système nerveux, avec le fonctionnement des organes génitaux, etc. Il voit qu'une même cause peut provoquer des éruptions d'aspect différent, et aussi qu'une même éruption peut tenir à des causes diverses ; il décrit (et Kissmeyer veut bien rappeler que je l'avais déjà remarqué dans ma thèse) le signe d'Auspitz ; il affirme l'action irritante pour la peau des substances toxiques qu'elle élimine. On le voit, Lorry fut un révolutionnaire à sa façon. Le fut-il spontanément ou bien subit-il l'influence de ses contemporains, les grands encyclopédistes, voilà encore un point qui serait digne d'examen et que traiterait un jour Kissmeyer s'il voulait satisfaire à la fois la curiosité des dermatologistes et des philosophes. Il est permis d'être l'un et l'autre à la fois. CÉLMENT SIMON.

Etudes sur la chimie physiologique de la peau, par DEJUST, VERNE, COMBES, PARAT, URBAIN, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, DE SAINT-RAT. Un vol. in-8° de 384 pages avec 2 planches en couleurs. Amédée Legrand, éditeur, Paris. Prix : 55 francs.

Aucun ouvrage d'ensemble moderne n'a été publié sur ce sujet en France, ni à l'étranger. Celui-ci représente le développement de conférences organisées à l'Hôpital Saint-Louis par L.-H. Dejust, avec la collaboration des autres auteurs.

La chimie physiologique de la peau est loin d'être explorée dans toute son étendue. Cependant la connaissance des quelques points déjà déterminés présente un intérêt général pour le biologiste et un intérêt pratique pour le dermatologiste. Chacun de ces points a été traité par un auteur y consacrant ses travaux personnels.

Le problème des pigments (nature, propriétés chimiques, mode de formation, théories proposées pour expliquer le mélanogenèse) est exposé non seulement chez l'homme mais aussi dans la série animale et même dans la série végétale.

La comparaison de ces divers processus suggère diverses hypothèses.

On a reconnu récemment que la peau, loin d'être une surface inerte de revêtement, renferme en grande quantité des ferments divers (amylase, lipase, etc...). Cette notion doit ouvrir à la dermatologie des voies nouvelles ; toutes les publications sur ce sujet sont analysées et confrontées dans ce volume.

L'activité des cellules cutanées (pigmentogénèse, ferments) dépend de la réaction du milieu — du pH intra-cellulaire ; aussi sont rapportées dans ce livre les différentes méthodes de mesure de la concentration des ions hydrogène dans les cellules en général et dans celles de la peau en particulier.

Ces données de chimie-physique nous permettent-elles d'expliquer le rôle de la peau dans l'infection et dans l'immunité, rôle bien éta-

bli par les travaux du professeur Besredka ; le mécanisme des cuti-réactions en est-il éclairci ?

Nos connaissances actuelles sur ces questions sont exposées en détail.

Le dernier chapitre de ce volume sera particulièrement précieux pour tous ceux qui poursuivent des études sur la peau ; il expose les diverses méthodes analytiques et particulièrement microanalytiques applicables à la recherche et au dosage des constituants immédiats et élémentaires de ce tissu, et rapporte les résultats qui ont pu déjà être acquis.

Cet ouvrage s'adresse donc aux biologistes, aux chimistes, aux dermatologistes.

Les rayons ultra-violets, par E. et H. Biancani, assistants d'électro-radiologie des Hôpitaux. Un vol. in 8° de 218 pages, 1928, Prix : 20 francs.

Bien que destiné aux étudiants et aux médecins, qui y trouveront les principales données physico-chimiques et physiologiques nécessaires à l'étude de l'actinothérapie, les indications de cette méthode thérapeutique et les résultats qu'on est en droit d'en attendre, ce livre sera consulté avec profit par les dermatologistes.

Les auteurs se sont reportés constamment à leur expérience personnelle et se sont efforcés d'être pratiques, en évitant de devenir schématiques.

Le livre est divisé en deux parties : dans la première, les auteurs envisagent successivement les modes d'émission du rayonnement ultra-violet, son analyse et sa mesure, puis les actions physico-chimiques de ces rayons, leurs actions photo-chimique, photo-électrique et les phénomènes de fluorescence. Ils terminent cette partie par une étude des propriétés physiologiques des radiations ultra-violettes, abordant successivement l'étude de leur absorption par la matière vivante, de leurs actions abiotiques, des réactions cutanées, oculaires, sanguines, nerveuses et glandulaires, et enfin de l'action de ces radiations dans les processus de nutrition et de croissance.

Dans la partie consacrée aux actions thérapeutiques, après une étude de l'appareillage médical et de la technique générale des irradiations, les auteurs envisagent successivement les différentes affections contre lesquelles la mise en œuvre des ultra-violets a été couronnée de succès. Les chapitres les plus importants sont consacrés aux maladies des nourrissons et des enfants, aux diverses localisations de l'infection tuberculeuse, aux maladies de la peau et du cuir chevelu. Suivent deux chapitres consacrés aux autres indications de l'actinothérapie en pathologie médicale et chirurgicale.

Le livre se termine par une brève étude des incidents, accidents et contre-indications de l'actinothérapie, et par quelques considérations sur le rôle des ultra-violets en hygiène sociale.

Les différentes questions passées en revue ont été mises au point d'après les recherches les plus récentes. C'est dire que les spécialistes

de l'actinothérapie eux-mêmes pourront bénéficier de sa lecture, également facile et instructive

Les dermatergoses ou dermatoses professionnelles (The dermatergoses or occupational affections of the skin), par Prosser White Un volume de 734 pages et 58 figures dans le texte, 3e éd., Londres 1928. Prix : 35 fr.

Troisième édition, revue et augmentée d'un ouvrage paru en 1915, réédité en 1920, dont le remaniement a été important en raison des nombreux travaux parus sur ce sujet au cours des dernières années et des publications spéciales du Bureau international du Travail.

L'analyse de ce livre est difficile car sa valeur est dans une documentation considérable et dans les précisions particulières à chaque variété de dermatose professionnelle.

Avant d'aborder son sujet W. consacre un chapitre à la physiologie normale et pathologique de la peau dans ses rapports avec les moyens physiologiques de défense, à l'anaphylaxie, à la sensibilisation, au terrain, etc.

Le sujet est ensuite divisé en : dermatoses professionnelles dues aux agents physiques, dermatoses dues aux acides, aux bases et aux sels, dermatoses occasionnées par les poussières minérales, chimiques et végétales, dermatoses des hydrocarbures, des divers produits chimiques, des matières colorantes, des végétaux et de leurs produits. Un chapitre est consacré aux dermatoses parasitaires, microbiennes et mycosiques d'origine professionnelle ; un autre aux dermatoses de guerre chez les militaires et les civils.

L'étude de ces sujets est basé sur d'innombrables documents dont témoigne une bibliographie considérable

Ce livre, destiné non seulement aux dermatologistes, mais aussi aux médecins-légistes, aux juristes, aux industriels, est terminé par un vocabulaire qui en rend la lecture facile à tous ceux qui ne sont pas coutumiers de la terminologie médicale et dermatologique.

S. Fernet.

Précis de technique de sérodiagnostic de la syphilis (réaction d'hémolyse et de floculation), par R. Demanche. Un volume de 123 pages avec 8 figures et 24 tableaux. Gaston Doin, éditeurs, Paris.

C'est un livre de métier. D. technicien consommé a évité dans son exposé toute discussion théorique s'attachant à décrire d'une façon aussi claire et précise que possible les techniques fondamentales. Il sait où pour le sérologiste débutant réside la difficulté, celle qui peut l'arrêter, il lui permet de la franchir aisément. En une série de tableaux il schématise ces réactions de telle façon qu'elles peuvent être répétées sans difficulté. Certes une standardisation complète est désirable, mais elle n'est pas encore réalisée.

L'auteur étudie dans une première partie les réactions de fixation ou d'hémolyse : réaction au sérum chauffé (Bordet-Wassermann, Calmette-Massol, etc...), réactions du sérum frais dont le type est la réaction de Hecht. Dans la seconde, il décrit les réactions de floculation,

réaction de Meinike, de Vernes, de Sachs-Georgi, de Kahn, réactions communes au sang et au liquide céphalo-rachidien, puis les réactions spéciales au liquide céphalo-rachidien, réaction de l'or colloïdal, du benjoin colloïdal, de l'élixir parégorique. A propos de chacune il montre l'importance de la préparation du titrage des antigènes, des solutions, le soin qu'on doit apporter à l'ajustement des réactions. Pour conclure il met en garde le sérologiste contre des interprétations trop hâtives. « C'est au médecin et non au sérologiste qu'il appartient de poser un diagnostic en se servant de tous les éléments d'information dont il dispose et en les confrontant. »

Petit livre essentiellement pratique, et qui par sa clarté, sa précision sera tout particulièrement apprécié. H. Rabeau.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES TONDANTES A CULTURE VIOLETTE ET DES FORMES CLINIQUES RARES DU FAVUS

Par R. SABOURAUD.

D'une lettre que je viens de recevoir de M. le docteur Mguebrow d'Odessa, j'extrais les passages suivants :

Et d'abord le premier, parce qu'il nous donne sur les formes cliniques que prend en Russie la mycose du *Trichophyton violaceum*, des détails nouveaux et intéressants. Ce sont vraiment là des formes cliniques que nous ne connaissons pas :

« ... Dans vos *Généralités*, vous mettez en doute l'existence du kérion dû au *Trichophyton violaceum*, mais il existe. Je l'ai observé 15 fois en 1913 à Kichineff, en Bessarabie, — cas certifiés par la culture. A Odessa, j'ai observé 2 fois des kérions qui ont été, sans aucun doute pour moi, dus au *Trichophyton violaceum*, car la clinique dans ces cas était bien caractéristique. *Ces kérions sont larges environ comme une pièce de un franc, et ils coexistent sur le cuir chevelu avec des folliculites suppurées disséminées et avec des plaques érythémato-squameuses portant les cheveux cassés caractéristiques du* Trichophyton violaceum. Dans ces deux cas, je n'ai pu faire de cultures, l'absence de peptone et de sucres me mettant dans l'impossibilité de préparer des milieux. C'était en 1922. »

Je transcrirai le second passage parce qu'il rectifie une de mes critiques récentes concernant la coexistence fréquente des plaques squameuses du corps au cours d'un favus du cuir chevelu.

« ... Dans mon travail sur le favus, je n'ai jamais dit que la persistance de lésions sur la peau glabre dans un cas de favus du cuir chevelu fût un fait surprenant...

« J'ai voulu attirer l'attention sur une forme de *favus de la peau glabre caractérisée par des lésions papuleuses d'une manière tranchante, de couleur insolite rouge sombre ou violacée, de durée très longue et très rebelles au traitement.* Je n'ai trouvé nulle part la description de cette forme, même dans votre si complet ouvrage sur *les Teignes.* C'est une forme non décrite et très rare puisque je ne l'ai rencontrée que 5 fois sur plus de 12.000 teigneux examinés par moi pendant les 25 ans de ma pratique médicale. »

En ce qui concerne le premier de ces deux passages que je transcris, je dois remarquer combien ces petits kérions entourés de folliculites distantes et disséminées sont étrangers aux tableaux cliniques que nous observons. Je ne connais pas cette forme. Et même dans nos cas de trichophytie à culture violette je ne me rappelle pas avoir observé une seule fois que cette infection se soit accompagnée de lésions semblabes.

J'ai transcrit ces deux passages de la lettre de mon correspondant non seulement parce qu'ils complètent notre documentation sur deux points précis, mais parce que j'avais, sans le vouloir, altéré la pensée de l'auteur en ce qui concerne les plaques papuleuses déterminées par le favus sur la peau glabre en certains cas rares.

Il est difficile de se prononcer à distance sur la nature de ces lésions papuleuses, violâtres, chroniques, mais il est vraisemblable qu'elles se rapportent à un granulome favique, du genre de celui qui fut histologiquement étudié par Darier et Hallé et dont j'ai reproduit la figuration dans *les Teignes* (fig. 244) lésion homologue au *granuloma trichophyticum* de Majocchi.

NOUVELLES

QUATRIÈME CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

Le quatrième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française aura lieu à l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, les 25, 26 et 27 juillet 1929.

Président : M. Sabouraud (Paris) ;

Vice-Présidents : M. Milian (Paris) ; professeur Nicolas (Lyon) ; professeur Ehlers (Copenhague) ;

Secrétaire général : M. Clément Simon (Paris) ;
Secrétaire général adjoint : M. Pignot (Paris) ;
Trésorier : M. Rabut (Paris).

Rapports : 1° Les érythèmes polymorphes : MM. Lortat-Jacob (Paris) et Ramel (Lausanne) ;
2° Les prurigos : Professeur Favre (Paris) et M. Civatte (Paris) ;
3° La malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis : MM. P. Chevalier (Paris) et Dujardin (Bruxelles).

N.-B. — Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports.

La cotisation est de 200 francs, toutefois pour les Membres de l'Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, la cotisation est réduite à 150 francs.

Un banquet aura lieu dont la cotisation est fixée à 80 francs.

Prière d'adresser les adhésions et les cotisations au Trésorier, M. le docteur Rabut, 57, rue de l'Université, à Paris (VIIe).

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général : M. le docteur Clément Simon, 104, avenue Malakoff, Paris (XVIe).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

M. Margarot, agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, a été nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de dermato-syphiligraphie de ladite Faculté (chaire transformée).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



LA LANGUE AMYLOÏDE

par Maurice LETULLE, Gabriel PETIT et MOREAU (de Lusignan).

Les tumeurs et les pseudo-tumeurs inflammatoires de la langue sont, encore aujourd'hui, un sujet d'étude. Les observations rares, surtout lorsque leur examen microscopique peut être poussé à fond, offrent un intérêt primordial.

Nous avons eu l'occasion de voir et d'autopsier une volumineuse langue dont les lésions, spécifiques, croyons-nous, sortent de l'ordinaire, tant par le volume que par les détails de structure qu'elles nous ont révélés.

*
* *

Voici résumée, l'observation clinique. Il s'agit d'une vieille femme de 74 ans, atteinte de cardiopathie et morte, brusquement, dans une crise d'asystolie.

Jusqu'à l'âge de 62 ans, cette femme avait toujours eu une santé remarquable. On ne trouvait chez elle, pas plus que chez son mari, plus âgé qu'elle d'une dizaine d'années, aucune trace reconnaissable de syphilis. Ils n'étaient, ni l'un ni l'autre alcooliques, encore moins touchés par la tuberculose.

Mère de cinq enfants, elle perdit le premier presqu'aussitôt né ; le second mourut, à 14 ans, de fièvre typhoïde ; le troisième, à 27 ans, mourut d'une soit-disant méningite ; la quatrième, une fille, succomba à 29 ans, à une néphrite albuminurique ; quant à la cinquième, âgée aujourd'hui de 36 ans, elle est bien portante et mère de cinq enfants sains.

A 62 ans, notre malade contracta un phlegmon du bras gauche, dont elle guérit ; mais sa santé, de ce jour, commence à fléchir. Elle subit plusieurs poussées de douleurs rhumatoïdes, sinon rhumatismales ; les valvules du cœur gauche devinrent scléreuses et, par le fait, insuffisantes. Sa cardiopathie, s'accentua peu à peu.

Vers 68 ans, au cours d'une de ces poussées douloureuses des membres considérées comme rhumatismales, la malade vit survenir, au tiers moyen du bord droit de la langue, une petite saillie, indolore mais gênante. En deux ou trois ans, la petite masse qui semblait logée sous la muqueuse linguale, acquit le volume d'une cerise.

L'année suivante, à l'occasion d'une poussée congestive pulmonaire, la malade constata un accroissement très notable de sa langue. On attribua à la mauvaise dentition le développement d'une ulcération qui s'établit à côté de la saillie.

Cependant, la tuméfaction de la langue progressait, si bien que, quelques mois avant la mort, l'organe était devenu très volumineux et d'une dureté ligneuse; il emplissait la cavité buccale, sans déborder les arcades dentaires.

Au palper, la langue était dure et bosselée, comme farcie de noyaux également indurés, sans présenter aucun foyer de ramollissement qu'on recherchait avec soin, car on pensait, dès lors, vu l'indolence absolue, soit à une floraison de fibromes et, surtout, à un conglomérat de scléro-gommes syphilitiques ou tuberculeuses. Il n'existait aucune adénopathie ; pas de douleurs auriculaires.

La déglutition des solides était devenue impossible. Puis, trois ou quatre mois avant la mort, les liquides eux-mêmes ne purent passer qu'en causant une gêne énorme.

Un fragment important de la langue, correspondant au début des lésions, put être enlevé après le décès.

*
* *

L'étude microscopique révèle une série d'altérations peu communes du tissus musculaire lingual. Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la muqueuse et comprenant une grande épaisseur des muscles sous-jacents, jusqu'à la hauteur des gros vaisseaux profonds, un premier fait s'impose : la presque totalité des faisceaux contractiles a disparu ; ils ont été remplacés ou, pour mieux dire (fig. 1), refoulés et atrophiés par un tissu anormal, très épais et très dense, disposé en « nodules » qui soulèvent par en haut, la muqueuse linguale, réduite, çà et là, à une mince couche épithéliale stratifiée dépourvue de corps papillaire.

Les masses sphéroïdales qui constituent l'ensemble de cette sorte de tumeur de la langue ont un volume variable, pouvant atteindre et même dépasser trois millimètres. Leur forme est plus ou moins arrondie. Conglomérées, accolées, elle exercent les unes sur les autres, quoique à un faible degré, une pression réciproque. Dans les carrefours qui les séparent, on aperçoit distinctement quelques rares îlots de faisceaux de muscles striés, dont il faudra établir l'état pathologique.

Toutes ces masses nodulaires se ressemblent ; toutes offrent,



Fig. 1. — *La langue scléro-amyloïde, les nodules gommeux péri-vasculaires ; les mutilations des muscles de la langue* (Gross. : 20/1).

a, l'épiderme de la muqueuse linguale, en coupe oblique ; à droite, la muqueuse est très atrophiée, refoulée par un volumineux nodule scléro-gommeux ;
b, les nodules dissèquent les masses musculaires de la langue, en les atrophiant ;
c, quelques fibres musculaires striées ont échappé au désastre et semblent enserrées, de toutes parts, par les nodules scléro-gommeux.
d, un de ces nodules, arrondi, centré, en deux endroits, par des vaisseaux sanguins perméables ;
e, la compression exercée par la masse scléreuse a fait disparaître la presque totalité des faisceaux contractiles de la langue ;
f, deux nodules scléro gommeux appartenant, semble-t-il, à la muqueuse linguale atrophiée et réduite au minimum, sans ulcération.

aux colorants habituels, une pâleur singulière. L'éosine, en particulier, donne au nodule un ton discret, rose, semblant, de prime-abord, uniforme ; à un examen plus attentif, le bloc est comme marbré d'une foule de petits amas d'aspect strié, de tonalité rose tendre et entre lesquels la gangue fondamentale semble à peu près incolore ; sur ce fond gris, moucheté de rose clair, se détachent, en proportions infimes, quelques vaisseaux béants et dont



Fig. 2. — *Les nodules scléro-amyloïdes intermusculaires* (Gross. : 20/1).

a, un nodule, exerçant une compression manifeste sur les faisceaux musculaires circonvoisins ; une longue « cellule géante musculaire » entoure la masse fibroïde (à droite) ;

b, les fibres musculaires adjacents sont noyées au milieu d'une gangue interstitielle un peu épaissie ;

c, dans le nodule scléro-amyloïde, la partie fibreuse est, en général, plutôt moindre, comme volume total, que les traînées de matière amyloïde infiltrées dans la gangue ;

d, les traînées amyloïdes dessinent, des ondulations foncées, sortes de stries linéaires, groupées, semble-t-il autour des blocs scléreux, peut-être dans les intervalles ménagés entre eux ;

e, vaisseau sanguin sclérosé, mais perméable, et paraissant être l'axe de l'amas nodulaire scléro-amyloïde.

les parois sont, à n'en pas douter, altérées, réduites d'épaisseur et très pauvres en éléments cellulaires. Très souvent, il semble que les nodules de moyen volume soient centrés par un ou plusieurs de ces vaisseaux sanguins pathologiques, demeurés accessibles au sang.

Un dernier détail, patent pour le plus grand nombre des nodules en question, est leur singulière pauvreté en noyaux cellulaires (fig. 3); on trouve même de vastes plages de ce tissu anormal qui sont presque entièrement anhistes (fig. 5).

Ainsi, blocs volumineux d'un tissu mal accessible aux colorants habituels, mal irrigué et très pauvre en éléments cellulaires tout particulièrement de la famille connective, telle est la donnée.

Etant établi que la substance fondamentale de ces nodules ne paraît contenir qu'une portion infime de fibres collagènes, de cellules fixes et de vaisseaux capillaires, la recherche d'une substance anhiste « infiltrée » dans la gangue interstitielle de la langue s'impose. Il est impossible, tout d'abord, de songer à des nodules fibromateux dont les éléments tumoraux, détruits, auraient cédé la place à une *dégénérescence hyaline* des fibrilles collagènes persistantes. On n'a pas davantage à soupçonner une hyperplasie désordonnée de fibres élastiques, une sclérose élastigène, qui aurait procédé par poussées nodulaires.

L'examen de ceux des vaisseaux incrustés dans les blocs nodulaires, une fois la coloration par l'orcéine obtenue, les montre en totalité « désarmés », atrophiés, sans trace de la moindre réaction hyperplasique, tant fibroïde qu'élastique. Les autres vaisseaux, intercalés dans les pelotons adipeux interstitiels encore persistants (fig. 3 et 5) se montrent atteints de panartérite mutilante, essentiellement atrophique, exempts, par conséquent, de surcharge élastique.

On en arrive à soupçonner un *apport abondant de matière amyloïde* au sein de foyers inflammatoires particuliers, dont il faudra, d'ailleurs, s'efforcer d'établir l'origine, sinon la nature.

Les coupes colorées à la gomme iodée (fig. 2 et 4) apportent la solution du problème.

Il s'agit bien d'une *infiltration amyloïde* abondante, considérable même, si l'on tient compte de la proportion des lignes colorées en brun-acajou sillonnant ces champs de substance fibroïde (en jaune clair). L'amyloïde trace, au sein de chaque nodule, des

traits linéaires, d'une richesse et d'une variété de formes des plus remarquables. Deux aspects, sont à relever, à cet égard. Le premier (fig. 2) consiste en « traînées, » onduleuses et comme tremblées, soit distinctes, soit presque confondues en épais paquets semi-opaques ; ces lignes, continues, au moins en apparence, forment, d'ailleurs, à l'entour des quelques petits vaisseaux encore perméables et visibles dans le nodule, autant de petits cercles plus ou moins complets et plus ou moins épais, qu'un fort grossissement saura décomposer.

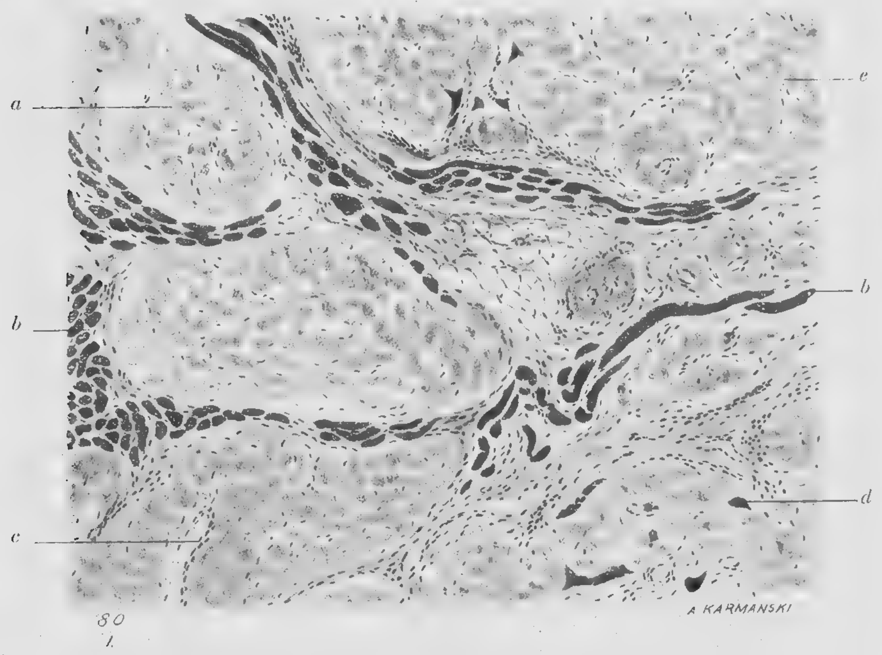


Fig. 3. — *Les nodules fibro-amyloïdes ; leur orientation péri-vasculaire, leurs poussées mutilantes pour les muscles de la langue* (Gross. : 80/1).
a, un nodule presque arrondi, centré par un vaisseau sanguin atrophié, mais ouvert ;
b, faisceaux de muscles striés, refoulés par les nodules scléreux et amyloïdes.
c, vaisseau sanguin (veinule), en coupe oblique, formant l'axe d'un volumineux bloc (gomme scléreuse et amyloïde) ;
d, rares cellules géantes multinucléées, séquelles de fibres musculaires irritées, enserrées entre les amas scléro-amyloïdes ;
e, large placard scléreux, pauvre en éléments cellulaires interstitiels et moucheté de macules palissadiques composées de matière amyloïde.

Le second aspect, mieux détaillé que le premier, parce que grossi davantage, explique le dispositif affecté par la matière amyloïde dans les lignes onduleuses étudiées plus haut.

Quelle qu'ait été l'orientation de la coupe, et soit que la « ligne amyloïde » entoure d'un cercle un vaisseau sanguin, capillaire ou veinule, soit qu'elle s'enfonce en plein tissu fibroïde, sans directive appréciable, partout et toujours le même phénomène architectonique se poursuit : l'amyloïde apparaît constituée par une série de « hachures » fines, courtes, on dirait presque de hauteur invariable, déposées côte à côte ; ces traits demeurent individuellement distincts et réalisent, à une certaine distance de la lumière vasculaire (*d*, fig. 4), une sorte de palissade, de « haie » circulaire, parallèle, semble-t-il, à l'axe du vaisseau.

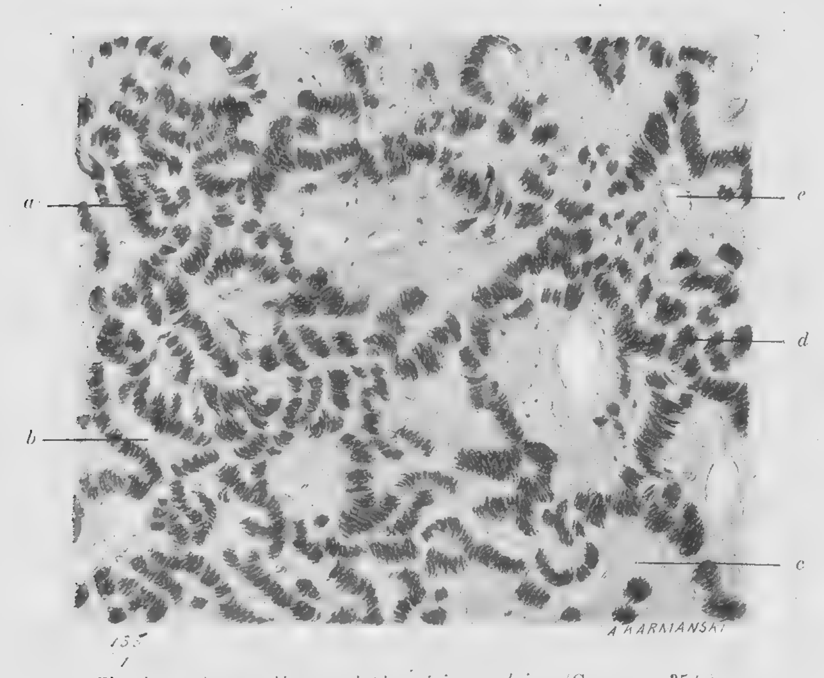


Fig. 4. — *Amas scléro-amyloïdes péri-vasculaires* (Gross. : 135/1).
a, la matière amyloïde, disposée en fines hachures palissadiques semées au sein du tissu de sclérose hyperplasique :
b, les travées scléreuses, en placards souvent concentriques aux vaisseaux altérés ;
c, placard cirrhotique, encerclé par des touffes de filaments amyloïdes ;
d, disposition « en cocarde » des lésions scléro-amyloïdes, autour d'un vaisseau mutilé ;
e, tous les vaisseaux sont réduits à une paroi fibroïde presque indistincte, mais respectant la lumière vasculaire.

Dans les zones où l'on ne trouve plus de vaisseaux, les stries palissadiques de l'amyloïde se succèdent de proche en proche,

ou par « taches » isolées, ou par séries linéaires (*a*, fig. 4), à la façon de ces fascines formées de branchages utilisées, jadis, par l'infanterie, dans les combats.



Fig. 5. — *Cellules géantes musculaires, lésions vasculaires, dans la sclérose nodulaire amyloïde de la langue* (Gross. : 250/1).

a, quelques fibres musculaires striées de la langue, éparses au sein de la gangue interstitielle épaissie ;

b, le nodule scléro-amyloïde ; ses palissades de filaments amyloïdes, tracées, comme à coups de pinceau, dans le tissu fibroïde ;

c, une veinule, béante, mais dont les parois, en grande partie atrophiées, sont infiltrées d'éléments inflammatoires ;

d, cellules géantes musculaires, chargées de noyaux sarcoplasmiques proliférés ; leur volume, leur forme, leur intense coloration sont très caractéristiques ;

e, un petit vaisseau sanguin dont les parois enflammées sont surchargées de noyaux cellulaires (panvascularite) ;

f, partie fibroïde du nodule scléro-amyloïde ; le tissu cirrhotique est presque dépourvu de noyaux cellulaires ; il ne contient pas de capillaires sanguins perméables.

Pour compléter la description qui précède, il suffira de signaler que les parois des vaisseaux sanguins sont, pour ainsi dire, presque exemptes de dépôts amyloïdes. Mais il faut avouer que, dans ce tissu musculaire, si abondamment irrigué, à l'état sain, la lésion nodulaire, qui a tout détruit dans son aire et, ajouterait-on, autour d'elle, n'a pas laissé assez de vaisseaux pour permettre d'y rechercher les caractères habituels de l'amyloïde vasculaire. Il est bon de rappeler que l'infiltration amyloïde d'une paroi vasculaire frappe, avec une prédilection saisissante, les couches musculaires de la mésartère ou de la mésoveine et y dépose des amas « filamenteux », « linéaires », à la place des fibres cellules lisses, ou dans leurs interstices. Une telle disposition, rappelle, mais singulièrement amplifiées, les « hachures » amyloïdes des muscles striés de la langue, décrites plus haut.

*
* *

Les lésions subies par les muscles de la langue sont remarquables, parce que leur atrophie est considérable. On trouve d'énormes plages remplies par nos nodules scléro-amyloïdes et dans lesquelles toute trace de fibres musculaires striées a disparu (fig. 1). Ailleurs, quelques rares faisceaux contractiles ont l'air d'entourer le nodule développé aux dépens de ce qui fut la masse musculaire.

Dans certains carrefours inter-musculaires (fig. 3), où subsistent quelques pelotons adipeux peu abondants et réduits, souvent encore occupés par un ou plusieurs vaisseaux atteints de panartérite subaiguë ou chronique, on peut compter combien sont rares les faisceaux musculaires ayant échappé au désastre. Des fibres striées qui les composent, les unes, sont saines (fig. 5) ou en atrophie hyperplasmique, mais sans hyperplasie nucléaire; les autres, enserrées entre plusieurs nodules fibro-amyloïdes, se sont déformées, concentrées si l'on peut ainsi parler; sur la coupe, elles apparaissent sous la forme de volumineux éléments polynucléaires, *cellules géantes véritables*, aussi caractéristiques que possible. L'organe giganti-cellulaire est polymorphe, anguleux; avec son protoplasma sombre presque basophile, quand il ne paraît pas métachromatique, avec ses nombreux noyaux sarcoplasmiques manifestement proliférés (fig. 5), épars dans le protoplasma, souvent accumulés à sa surface, la cellule géante

musculaire, révèle, à coup sûr, un état inflammatoire antérieur, une myosite et, par amplification, une glossite spéciale, disons le mot : spécifique, dont nous ne découvrons que les ultimes séquelles.

*
* *

Les multiples panvascularites, mutilantes au plus haut point (l'orcéine le démontre), et les îlots de myosite giganti-cellulaire semés dans la langue, au sein d'une pseudo-tumeur nodulaire scléro-amyloïde, constituent un ensemble de lésions inflammatoires très particulier, un syndrome anatomo-pathologique dont il nous reste à essayer de dégager la nature. La tuberculose ne saurait entrer en ligne de compte, encore moins la lèpre.

Reste la syphilis ; en dépit de l'absence d'antécédents pathologiques et vu l'âge avancé de la malade, c'est à la syphilis acquise qu'il est bon, croyons-nous, de songer et à une glossite spécifique, ayant évolué en quatre à cinq ans. Cela dit, il faut avouer que, dans le cadre de la syphilis linguale ordinaire, la conglomération d'un nombre considérable de nodules « scléro-gommeux » demeurés indurés sans ramollissement, sans nul indice de fonte gommeuse, représente un événement plutôt peu commun.

L'intérêt exceptionnel de cette observation s'accroît encore du fait que les susdites scléro-gommes ont été surchargées par une infiltration amyloïde d'une extrême abondance. La *dégénérescence amyloïde*, si l'on doit, en cette occurrence, admettre une « dégénérescence », l'emporte, ici, de beaucoup, sur la sclérose inflammatoire. Fait remarquable, le dépôt de matière amyloïde ne paraît pas s'être distribué, de préférence (comme il arrive si souvent), le long ou dans l'épaisseur des vaisseaux de l'organe. On a affaire bien plutôt à une imprégnation par une amyloïde filamenteuse, « fibrillaire » à proprement parler, des nodules inflammatoires, produits de la syphilis *dans l'intimité du tissu musculaire*. Comment se fait-il qu'aucun de ces nodules « spécifiques » n'ait été jusqu'à atteindre la fonte caséo-gommeuse ? et qu'ils soient en somme restés, tous, sans exception, à la phase de sclérogenèse, sans dégénérescence hyaline ? une telle résistance de l'organisme a-t-elle favorisé l'amylose? Problème insoluble, à nos yeux, et d'un intérêt secondaire.

Il nous suffira d'avoir montré un exemple, assez rare croyons-

nous, de glossite syphilitique myopathique nodulaire scléreuse, compliquée d'infiltration amyloïde très abondante et ayant donné lieu à une pseudo-tumeur inflammatoire dans laquelle l'énorme proportion de la matière amyloïde épanchée et son mode de distribution « fibrillaire », par « hachures palissadiques » méritaient une description méthodique.

Les formes anatomiques de la syphilis linguale constituent un chapitre de la pathologie buccale qui n'est encore, ni clos, ni sans appel.

DYSTROPHIE CUTANÉE BULLEUSE ATROPHIANTE ET ALBO-PAPULOIDE

ESSAI CLINIQUE

par A. PASINI
Directeur de la Clinique Dermatologique de l'Université de Milan.

En 1882 Goldscheider avec la description d'un cas classifié par lui comme « hereditäre Neigung zur Blasenbildung » avait précédé le chapitre des épidermolyses bulleuses héréditaires, créé plus tard, en 1886, par Köbner et dans lequel la plupart des auteurs distinguent, sur la base de nombreuses observations cliniques, deux formes bien différenciées : le Pemphigus héréditaire traumatique simple et le Pemphigus congénital à tendance cicatricielle ou Pemphigus successif à kystes épidermiques.

D'après les descriptions classiques le pemphigus héréditaire traumatique simple est caractérisé par la formation de phlyctènes et de bulles sur la peau, là où l'on exerce une irritation mécanique quelconque. Les parties habituellement exposées aux pressions, comme les mains, les pieds, les genoux, les fesses, etc. en sont particulièrement atteintes. Les altérations se limitent à l'épiderme et à la partie supérieure du corps muqueux et guérissent partant sans laisser aucune cicatrice. La maladie s'atténue et disparaît ordinairement avec l'âge.

Le pemphigus congénital à tendance cicatricielle ou successif à kystes épidermiques, a une symptomatologie clinique plus complète, à laquelle correspondent des altérations histo-anatomiques de la peau beaucoup plus diffuses et profondes.

La maladie commence dans l'enfance ; elle est caractérisée par la formation de bulles qui se localisent surtout aux extrémités, aux surfaces dorsales des mains, aux pieds, aux coudes, aux genoux, à la muqueuse orale, et qui peuvent aussi se généraliser à tout le tégument cutané. Les bulles se forment soudain, elles sont tendues, hémisphériques et ont un contenu limpide, trans-

parent, ou bien hémorragique, qui peut ensuite se troubler : après quelques jours a lieu la résorbtion et la formation d'une squame-croûte mince, qui se détache et découvre un épiderme néoformé.

Il est caractéristique dans cette affection le fait, qu'après un certain temps le cycle des bulles recommence dans les mêmes districts cutanés qui en avaient déjà été atteints auparavant : il en dérive un processus cicatriciel qui est d'abord superficiel et qui devient lentement plus profond, donnant lieu à atrophies cicatricielles du derme, d'un coloris rouge, plus ou moins pigmenté, avec la caractéristique de kystes épidermiques très petits blancs-jaunâtres, isolés ou réunis en groupes, semblables à des grains de mil, enfoncés en ce tissu cicatriciel et destinés à disparaître et à se renouveler avec le temps. Ces atrophies cicatricielles sont le symptôme pathognomonique du pemphigus successif à kystes épidermiques, et elles atteignent le maximum de leur expression aux coudes et aux genoux, tout en occupant souvent aussi les pieds, les poignets et les mains.

La cicatrice, cependant, n'est pas toujours représentée par une peau amincie, lisse, d'un rouge foncé ou d'un blanc opaque à surface épidermique finement plissée. Sur la base d'un cas décrit par Hallopeau, il y a une trentaine d'années, tous les auteurs de traités admettent la possibilité d'une cicatrice soulevée, chéloïdienne, ayant un aspect ortié et comme étendu. Cependant, d'après le recueil de la littérature, cette dernière possibilité est extraordinairement rare, puisque sur une centaine de cas de pemphigus successif à kystes épidermiques, je ne l'ai trouvée décrite que dans deux cas de Bosellini, publiés en 1910 (*Giorn. Ital. Mal. Veneree e Pelle*, 1906). Dans ses deux cas Bosellini nous parle aussi « d'élevures papuloïdes », n'étant jamais plus grandes qu'une lentille, aplaties, d'un coloris rouge, distribuées en groupes, et qui pouvaient quelquefois confluer en assez fort nombre surtout aux bras, au dos de la main, aux jambes et aux pieds, et qui s'associaient souvent pour former des traits, d'une façon analogue au lichen moniliforme.

Dans l'appréciation du syndrome de ses cas Bosellini distingue comme élément primitif la bulle, et comme élément secondaire le milium, les élevures papuloïdes, les cicatrices atrophiques et celles chéloïdiennes. Cette distinction a été démontrée et justifiée par les résultats des recherches histologiques de Bosel-

lini et de tous les autres auteurs qui s'occupaient de ce sujet; résultats histo-anatomiques qui expliquent le milium comme le côté superficiel, visible, unique, de petits détachements sous-épidermiques, et les élevures chéloïdiennes comme formations exubérantes du tissu conjonctif, du type cicatriciel et secondaires à un processus granulomateux primitif; les élevures papuloïdes enfin comme le processus d'une réaction granulomateuse simple, provoquée par les kystes.

Dans les cas de pemphigus successif à kystes épidermiques communiqués par Bosellini l'élément morphologique fondamental primitif et prédominant était donc la bulle, à laquelle succédèrent, comme éléments secondaires, les miliums, les élevures papuloïdes, les cicatrices atrophiques et chéloïdiennes, qui donnaient à la dermatose un aspect fort polymorphe. Le polymorphisme était augmenté par les dystrophies des ongles et des poils, habituelles dans cette dermatose.

Or, à propos de la symptomatologie clinique du pemphigus successif à kystes épidermiques j'ai pu constater et étudier deux fois, sur les cinq cas de cette maladie qui se sont présentés à mon observation pendant une période de 25 années dédiées aux études dermatologiques, un symptôme nettement défini et extraordinairement clair, et que je n'ai trouvé indiqué ni dans les traités, ni dans les autres travaux. Je vais répéter brièvement ce qui est le symptôme habituel et connu en cette affection, et j'exposerai ensuite d'une façon plus détaillée celui particulier que je désire illustrer. Ma première observation remonte à 1906, la deuxième à 1927.

1er *Cas*. — R. Rosa, fille, âgée de 25 ans, de Andermatt (Suisse), 3 mars 1906. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires; sept frères bien portants; aucun des frères ni des antécédents de la malade ne semble avoir été atteint par la dermatose qu'elle présente actuellement; celle-ci est la dernière née, après une grossesse normale La malade ne se souvient d'aucune maladie, sauf l'affection cutanée actuelle. Réglée à l'âge de 16 ans, ses règles furent toujours régulières. L'intelligence est très bornée : habituellement la malade paraît étonnée. La dermatose commença quelques mois après la naissance et débuta par la formation de bulles très petites à la surface d'extension des doigts. Cette manifestation eut des phases successives et continues de production et de guérison apparente, et conduisit en quelques mois à la perte de tous les ongles, sauf celui de l'annulaire droit. Vers la fin de la première année de la vie et pendant celles qui suivirent, la dermatose se développa encore, étant caractérisée,

ensuite, par des élevures bulleuses qui aboutirent à une atrophie cutanée progressive aux surfaces d'extension des coudes et des genoux, aux parties inférieures des avant-bras et des jambes, aux surfaces dorsales des pieds, à la région métatarsienne et tarsienne. Aux pieds l'atrophie cutanée a conduit à une dystrophie de tous les ongles et à la perte complète de ceux du gros orteil. Les surfaces cicatricielles présentent toutes un amincissement remarquable de la peau avec une surface épidermique tantôt lisse, tantôt finement plissée. On peut voir des districts cicatriciels d'un blanc-ivoire, d'an-



Fig. 1. — Aspect clinique des lésions de la malade du premier cas, R. Rosa. Au-dessous de la nuque on voit la cicatrice de la biopsie

cienne date, alterner avec d'autres rougeâtres-cyanotiques de date plus récente, et sur lesquels se renouvellent périodiquement des élevures bulleuses, dont le contenu est tantôt limpide, tantôt hémorragique. La disparition des bulles est souvent suivie par la formation, dans le derme aminci, surtout aux mains et aux pieds, de petits kystes épidermiques d'un blanc-jaunâtre, qui deviennent toujours plus superficiels jusqu'à ce qu'ils s'effacent par exfoliation épidermique.

Outre cette symptomatologie qui est caractéristique et habituelle dans le pemphigus à kystes épidermiques, il y avait des taches papu-

loïdes, élevées de un ou deux millimètres sur le niveau de la peau saine, d'une couleur nettement blanc-ivoire mat, à surface lisse, plane ou un peu ondulée, à configuration ronde ou aux bords qui dégradent rapidement vers la peau saine voisine, avec orifices folliculaires évidents, de consistance élastique et souple, absolument indolentes et pourvues d'une sensibilité normale, et qui étaient parsemées un peu partout sur le tégument cutané et sur la muqueuse orale (fig. 1 et 2).

Les taches ou élevures papuloïdes étaient répandues dans tout le tégument cutané, sauf aux mains et aux pieds. Il en existait une



Fig. 2. — Aspect clinique des lésions de la malade du premier cas, R. Rosa.

cinquantaine aux bras et aux jambes, surtout aux surfaces d'extension, distribuées irrégulièrement ; il y en avait aussi un très fort nombre parsemé sur le tronc sans aucune règle évidente, mais avec une prédilection marquée pour le sternum et la poitrine. Dans toutes ces régions les élevures papuloïdes étaient constamment rondes ou presque rondes, leur diamètre variait de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre, et elles étaient presque toujours isolées : les plus petites et initiales présentaient au centre un follicule pilifère dépourvu de poils, mais sûrement reconnaissable par une légère hyperkératose de l'orifice. Aux fesses, aux épaules et autour du cou la distribution des élevures

était tout à fait différente : dans ces régions prédominaient des élevures confluentes qui formaient des figurations très variées et qui, au cou, avaient l'aspect d'un collier dentelé (fig. 1).

Toutes ces élevures papuloïdes se détachaient nettement de la peau saine par leur coloris blanc-ivoire et par le soulèvement, léger, mais très net. La peau saine était d'un blanc-jaunâtre. Je n'ai jamais observé de ces élevures aux surfaces atrophico-cicatricielles des bulles réitérées précédentes.

J'interrogeai la malade, dont la culture était appréciable quoique l'intelligence fût au-dessous de la médiocrité, et je pus apprendre quelques notions sur le début et l'évolution de ces lésions. Aussi cette malade resta-t-elle sous mon observation pendant environ neuf mois. Elle me dit, et je pus le constater moi-même, que les élevures papuloïdes blanc-ivoire se formaient primitivement, sans être précédées par des soulèvements phlycténulaires ou bulleux ; elles étaient localisées en correspondance d'un follicule pilifère et s'agrandissaient très lentement pendant des mois, et même des années, jusqu'à rejoindre les proportions et la forme que je viens de décrire.

L'examen somatique de la malade, apprécié selon les méthodes que l'on suivait en 1906 ne me révéla aucune altération des viscères. Le système nerveux examiné par M. le Dr Pini, neurologue distingué : résultat normal, seulement le tissu cicatriciel montrait quelques incertitudes pour le froid. Examen du sang : globules rouges : 4 500.000 ; globules blancs : 8.200 ; Hémoglobine Fleich : 78 ; Formule des globules blancs : normale.

Examen histologique d'une biopsie faite sur une élevure papuloïde blanc-ivoire du côté postérieur du cou (voir cicatrice fig. 1). A petit grossissement on voit déjà que la structure de la peau est modifiée seulement en correspondance des élevures blanc-ivoire, qui sont dues à une hyperplasie du tissu conjonctif du corps papillaire.

A l'examen de la coupe à un plus fort grossissement on remarque que la structure et l'épaisseur de l'épiderme sont normales ; les prolongements interpapillaires de la peau saine sont conservés au niveau de la surface épidermique inférieure, tandis qu'ils manquent presque complètement en correspondance des élevures papuloïdes. En ce dernier trait épidermique la cornéification des orifices folliculaires est un peu plus accentuée que normalement. La conformation du corps papillaire, du derme réticulaire et de l'épiderme est normale soit dans le tissu conjonctif, soit dans les faisceaux collagènes, soit dans la distribution et la structure des vaisseaux sanguins et du tissu élastique en correspondance de la peau cliniquement saine. Là où siège l'élevure on aperçoit une hyperplasie remarquable du tissu conjonctif du corps papillaire, qui du reste paraît cytologiquement normal, sans aucune trace de rétraction cicatricielle ; il est parcouru par des vaisseaux sanguins capillaires, qui ne présentent aucune trace d'un processus inflammatoire ni périvasculaire ni diffus dans le conjonctif néoformé. Le caractère le plus important pour toute cette région aplatie

d'hyperplasie conjonctive est donné par une grande richesse en tissu élastique, qui garde ses affinités tinctorielles normales ; ce tissu est très clairement individualisable, distribué en petites fibres tortueuses et minces qui forment un réseau très épais jusqu'à la couche épidermique : il est encore plus épais autour des follicules pilifères et constitue un manchon presque continu autour des vaisseaux plus gros qui parcourent cette zone d'hyperplasie conjonctive (fig. 3).

Le derme réticulaire et l'épiderme qui est au-dessous étaient parfaitement normaux et on ne pouvait observer aucun processus phlogistique ni dans la peau saine, ni dans l'élevure papuloïde.

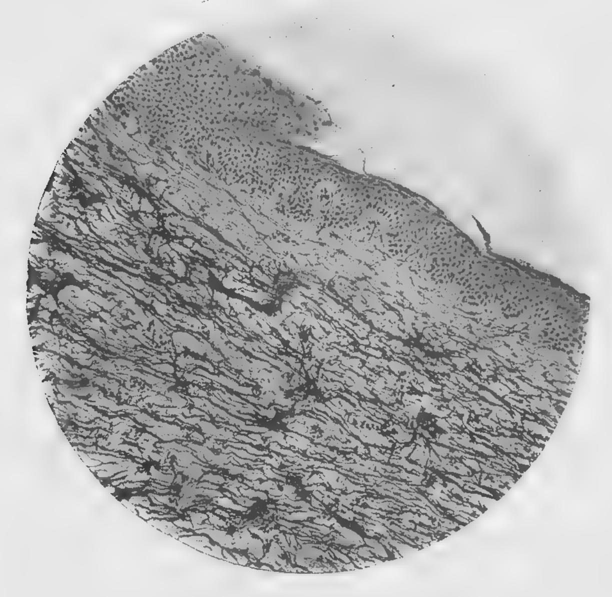


Fig. 3. — Fort développement du tissu élastique dans l'élevure albo-papuloïde.

2e *Cas.* — F. Santina, jeune fille âgée de 17 ans, Milan, 18 mai 1927. Antécédents héréditaires obscurs, ou du moins, non bien déchiffrables d'après les notices que peut nous donner la malade, dont l'intelligence est très peu développée. Il paraît que parmi les antécédents du côté paternel il y aurait eu deux cas de la même affection dont est atteinte notre malade. L'anamnèse personnelle est muette. La malade dit n'avoir souffert d'aucune maladie, sauf l'actuelle. Celle-ci date depuis la troisième ou quatrième année de vie ; c'est-à-dire, depuis 14 ans environ.

La formation de bulles débuta dans l'enfance en occupant les mains, un peu aussi les avant-bras et les coudes, les pieds, les jambes et les genoux. Le renouvellement continuel de ces bulles donna lieu, dans les régions susdites, à la formation d'une zone atrophico-cica-

tricielle d'un rouge cyanotique, parsemée provisoirement par de petits points blanchâtres, et à déformations unguéales. En même temps apparurent un peu partout sur le corps de la malade des taches blanc-ivoire, relevées sur le niveau cutané normal, non précédées par aucun phénomène, mais suivies quelquefois par la formation, au-dessus d'elles, d'une élevure bulleuse transitoire dont la couleur changeait de blanc-ivoire en rouge pâle. La malade fut réglée à l'âge de 14 ans, et depuis les règles continuèrent assez régulièrement.

Elle entra à la Clinique le 18 mai 1927 et y resta jusqu'au 24 décembre. Sujet de constitution normale, plutôt adipeuse, du type mégalosplanchnique, breviligne. La chevelure et le poil ne sont pas très abondants, châtains. Les dents normales et bien conservées. Thyroïde légèrement hypertrophique, saillante avec symptômes d'hypothyroïdisme : métabolisme basal diminué (— 15). Les organes intérieurs sont dans les limites et paraissent normaux tant à la palpation, qu'à la percussion, qu'à l'auscultation. Pas d'adénopathies. L'examen du système nerveux, faite par M. le Prof. Medea, spécialiste, ne révèle aucun fait digne d'attention. Les facultés mentales ne sont pas altérées, mais l'intelligence est lente et tardive. L'examen radiographique des divers viscères et de la selle turcique donne un résultat parfaitement normal.

Sur le tégument on observe trois catégories de faits :

1° lésions bulleuses qui se répètent sur des zones atrophico-cicatricielles ; 2° élevures papuloïdes blanc-ivoire ou albo-papuloïde ; 3° atrophies des ongles.

1. *Lésions bulleuses récidivantes en régions atrophico-cicatricielles.* — Celles-ci reproduisent le tableau habituel du pemphigus successif à kystes épidermiques. Aux pieds, à la surface dorsale de la région métatarsienne et tarsienne et, à un moindre degré, à la région plantaire qui lui correspond, aux jambes, et spécialement à la surface antérieure et latérale, aux genoux, à la surface dorsale des doigts, un peu aux mains, aux avant-bras, avec prédilection à la surface d'extension, un peu aux bras, et en quelques districts cutanés isolés du front et du tronc, il existe des zones cutanées atrophiques tantôt d'un blanc nacré, tantôt d'un rouge cyanotique, et dont l'épiderme était mince, en certains endroits parfaitement plan, en d autres finement plissé, revêtu tantôt d'une couche cornée extrêmement mince et lisse, tantôt de squames assez épaisses d'un blanc grisâtre. Les zones cicatricielles blanc-nacré sont des districts de peau atrophiée exempts depuis quelque temps de toute formation bulleuse. Les zones cicatricielles rouge-brun sont assez souvent le siège d'élevures bulleuses qui se répètent avec une certaine fréquence. J'ai eu moi-même occasion d'observer le début et l'évolution pendant le séjour de la malade à la clinique. Les bulles qui se résolvent laissent dans la cicatrice consécutive quelques kystes épidermiques d'un blanc-laiteux, dont les dimensions varient de celles de la pointe à celles de la tête d'une épingle et qui transparaissent, plus ou moins nombreux, dans le tissu cicatriciel. La plupart de ces kystes ont une durée transitoire,

puisqu'ils s'effacent spontanément après quelques semaines ou quelques mois de permanence par un affleurement progressif et par une exfoliation épidermique spontanée. Lorsqu'une nouvelle élevure bulleuse se forme là où existait une cicatrice contenant encore des kystes, ceux-ci viennent tous, ou presque tous, entraînés et inclus dans le revêtement épidermique de la nouvelle bulle. Dans les zones atrophico-cicatricielles la sensibilité est conservée.

2° *Elevures papuloïdes blanc-ivoire* ou *albo-papuloïde:* — Chez notre malade ce symptôme était même plus marqué que les zones atrophico-cicatricielles et bulleuses à cause de sa plus grande diffusion et de son objectivité beaucoup plus prononcée.

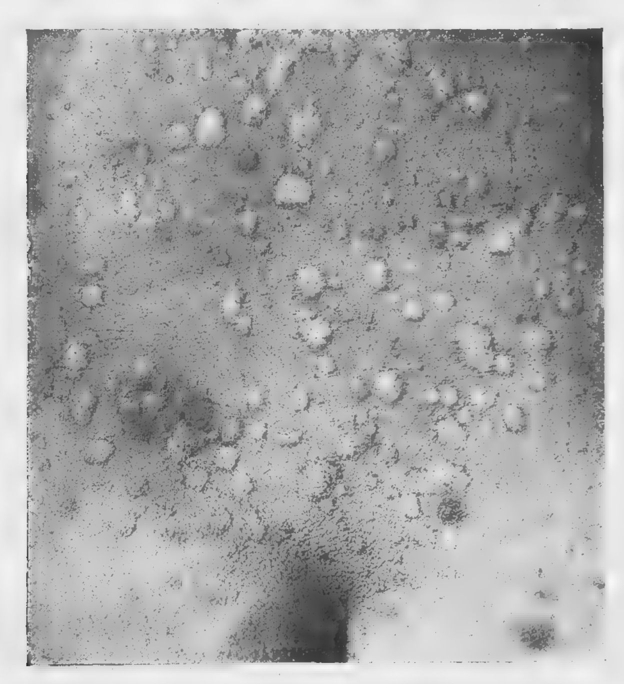


Fig. 4. — Elevures albo-papuloïdes à la région dorsale lombaire et sacrée.

Ce symptôme consiste, comme dans le cas précédent, en des élevures papuloïdes de la peau, qui saillissent de un à deux millimètres sur le niveau normal de la peau, rondes ou presque rondes si elles se trouvent isolées, à configuration variée si elles confluent par apposition réciproque ; les bords en sont homogènement ronds ou légèrement dendrifiés ; les surfaces sont coniques si les élevures sont initiales et très petites; elles sont planes et rapidement dégradées aux bords si celles-ci sont d'ancienne date, et si elles surpassent le diamètre de 2/3 mm. ; la surface est d'une couleur blanc-ivoire, homogène sauf quelques petits points grisâtres en correspondance des ori-

fices folliculaires, qui présentent une légère dépression de la surface, et qui sont aussi très légèrement hyperkératosiques : la surface est étendue, ce qui déjà *de visu* donne à ces soulèvements un caractère de production assez dur ; caractère confirmé par la palpation digitale qui (fig. 4, 5, 6, 7) découvre une résistance élastique assez prononcée (fig. 4, 5, 6, 7).

Les tumescences sont primitives, c'est-à-dire qu'elles ne sont jamais précédées par des phénomènes prémonitoires. Elles sont très petites



Fig. 5. — Elevures albo-papuloïdes à la région dorso-latérale gauche.

lorsqu'elles débutent, autour d'un follicule pilifère, et s'agrandissent au cours de mois et d'années, jusqu'à ce qu'elles atteignent le diamètre d'un centimètre, un centimètre et demi par efflorescence, après quoi elles demeurent immuables. Il est un autre caractère essentiel de ces lésions, celui d'être permanentes : cela explique aussi le progrès continuel de leur nombre.

Si ces efflorescences ne sont jamais précédées par des phénomènes inflammatoires, ni bulleux, ceux-ci peuvent pourtant se présenter sur

des éléments déjà complètement constitués, qui ont atteint une certaine grandeur et une rougeur érythémateuse suivie par un élèvement épidermique bulleux, transitoire, qui prend la morphologie et suit la marche des bulles qui se sont formées dans les zones atrophico-cicatricielles aux extrémités, y compris la formation consécutive des petits kystes cornés. J'ai remarqué ce fait assez souvent à la partie supérieure du dos et de la poitrine (fig. 8), et exceptionnellement



Fig. 6. — Elevures albo-papuloïdes de l'abdomen : grandeur naturelle.

dans les efflorescences localisées à d'autres parties du tronc ou aux articulations. Si l'on déduit ce fait, lui aussi d'ailleurs tout à fait transitoire et qui ne donna aucun caractère d'atrophie cicatricielle aux tumescences papuloïdes, je n'ai jamais vu apparaître dans celles-ci aucun caractère inflammatoire. Toute sensation subjective est absente. La sensibilité est normale.

Les élevures papuloïdes blanc-ivoire étaient distribuées comme suit : un petit nombre au front, surtout vers la limite du cuir

chevelu ; plus nombreuses au cou, surtout des deux côtés et postérieu-

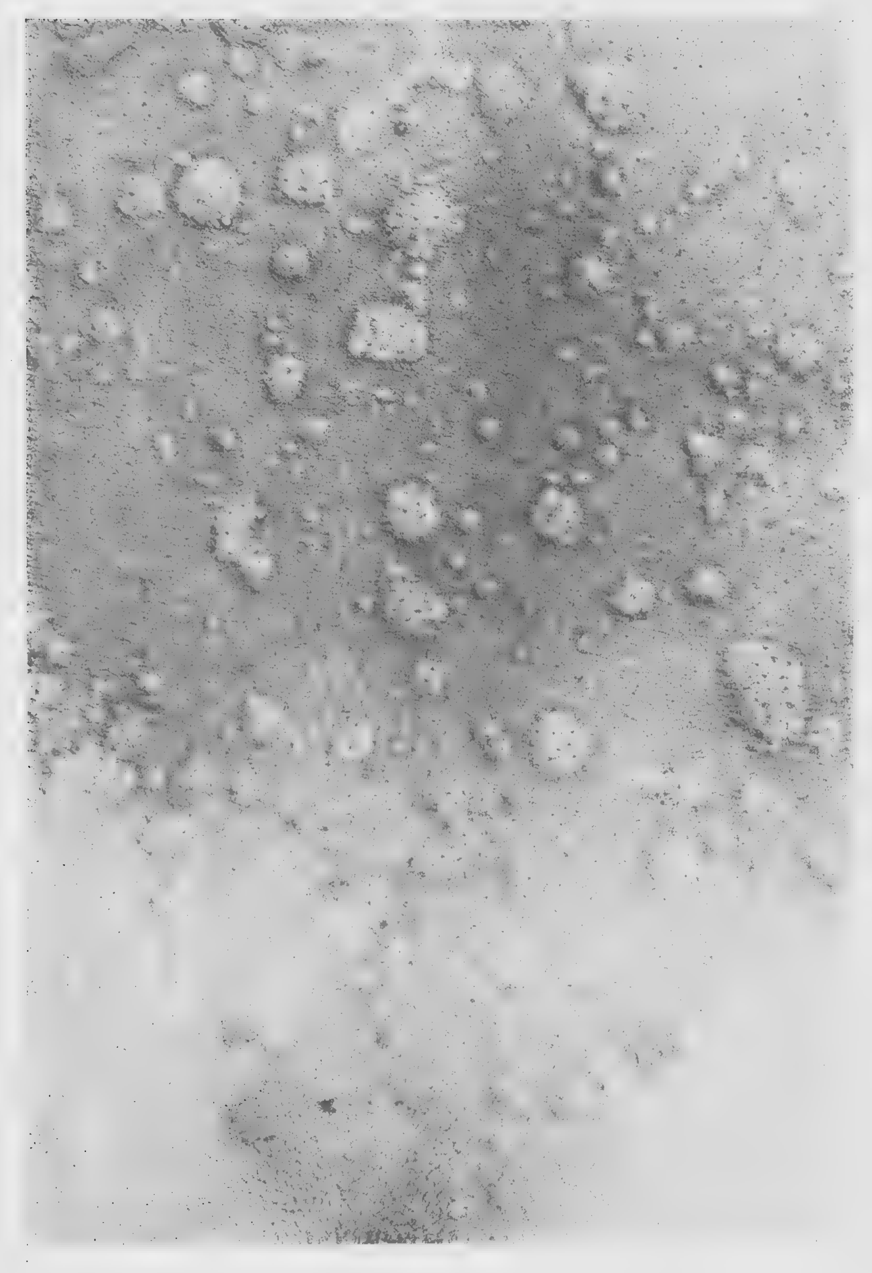


Fig. 7. — Elevures albo-papuloïdes de la région dorsale-lombaire : grandeur naturelle.

rement; un très fort nombre dans la région haute du tronc, à la poitrine, aux épaules et au dos ; elles étaient peu représentées sur les proéminences mammaires très développées ; par contre, elles étaient fort nombreuses dans l'espace intermammaire, et plus bas sur tout l'abdomen. Elles étaient peu nombreuses sur les flancs, très fréquentes et englobées sur la moitié inférieure du dos et dans la région lombo-sacrée. Leur nombre diminuait sur les cuisses à mesure que l'on descendait vers les genoux : sur les jambes elles manquaient et étaient



Fig. 8. — Elevures albo-papuloïdes à la poitrine et à la région supérieure de l'abdomen.

remplacées par des lésions atrophico-cicatricielles. Aux bras on observait des efflorescences papuloïdes, peu élevées aux surfaces d'extension, tandis qu'aux surfaces de flexion il n'en existait que très peu (fig. 9 et 10). Aucun élément à la région pubienne, ni aux fesses, ni aux muqueuses génitales. Dans la cavité buccale on observait au contraire des élevures papuloïdes en correspondance du palais dur : ici cependant leur coloris n'était plus blanc-ivoire, mais rose. un peu plus pâle que celui de la muqueuse voisine.



Fig 9. — Distribution des altérations cutanées dans la malade du deuxième cas, F. Santina.



Fig. 10. — Distribution des altérations cutanées dans la malade du deuxième cas, F. Santina.

3° *Dystrophies des ongles*. — A tous les doigts, mais surtout à ceux des mains, les ongles se présentaient épaissis, rayés, avec des fentes longitudinales et des érosions au bord libre. Les ongles étaient plus difformes et plus altérés aux doigts où le processus atrophico-cicatriciel semblait être plus avancé.

Pendant son long séjour à la Clinique (18 mai-24 décembre 1927) notre malade n'eut aucune réaction fébrile spontanée ; sa température resta constamment autour de 36,5° C. Elle fut soumise aux plus différentes épreuves et recherches.

R. de Wassermann plusieurs fois négative.

Cutiréaction à la tuberculine humaine, bovine, aviaire : négative.

Examen de l'urine : négatif pour les éléments pathologiques.

Examen numérique et colorimétrique du sang : chiffres et taux normaux.

Les épreuves pharmacodynamiques et endocriniennes ne donnèrent aucune réaction particulière. Il existait pourtant une thyroïde un peu grossie avec hipothyroïdisme et métabolisme basal réduit — 15 : on remarquait un certain ralentissement des fonctions psychiques, et un développement mammaire excessif pour l'âge de la malade (17 ans), ce qui induisait à penser à une dystrophie endocrinienne, surtout des glandes thyroïdienne et hypophysaire. La radioscopie du crâne ne démontra aucune altération de la selle turcique.

Sur la base de ces considérations on institua un traitement hormonique, faisant succéder les extraits thyroïdiens, hypophysaires et thymiens ; on essaya aussi le « Gineglandolo » I. S. M. mais sans modification ni de l'état général ni de la dermatose. Les traitements iodiques et arsenicaux n'eurent non plus aucun effet.

La malade quitta la clinique dans les mêmes conditions dans lesquelles elle y était entrée, avec quelques efflorescences papuloïdes blanc-ivoire en plus.

Histologie. — J'ai fait trois biopsies : une d'une tache atrophico-cicatricielle avec efflorescence bulleuse ; une d'un soulèvement papuloïde blanc-ivoire ou albo-papuloïde ; et une d'un autre élément albo-papuloïde en période de production bulleuse.

1. *Tache atrophico-cicatricielle avec efflorescence bulleuse*. — Le tissu atrophico-cicatriciel avec efflorescence bulleuse présentait les altérations habituelles du pemphigus successif à kystes épidermiques (altérations qui chez nous ont été très bien décrites par Bosellini et par Cappelli), avec détachement des couches superficielles de l'épiderme qui forment le toit des bulles, et le détachement en bas de fragments épidermiques ; avec la mutilation des prolongements intradermiques des follicules pilifères et des conduits des glandes sudorifères aux frais desquels se forment, par un processus clos de kératinisation, les kystes épidermiques. Le corps papillaire, le derme réticulaire et l'hypoderme se confondaient en un tissu conjonctif

cicatriciel peu compact, pauvre de fibres élastiques, mais passablement pourvu de vaisseaux sanguins, riches de cellules conjonctives, bien nourries et nucléées qui donnent tout d'abord l'impression de cellules d'infiltration phlogistique.

2. *Elevure papuloïde blanc-ivoire ou élément albo-papuloïde.* — On observe tout de suite, à petit grossissement, que la protubérance est due à une hyperplasie en plaques du tissu conjonctif, et à un épaississement remarquable du corps papillaire qui repose sur un derme réticulaire à configuration et structure normales (fig. 11). En observant à un grossissement plus fort on voit qu'à partir du tissu cutané normal, là où débutent les élevures papuloïdes, le petit bandeau épithélial épidermique s'élève brusquement donnant lieu à un épaississement soudain du tissu conjonctif relâché du corps papillaire.

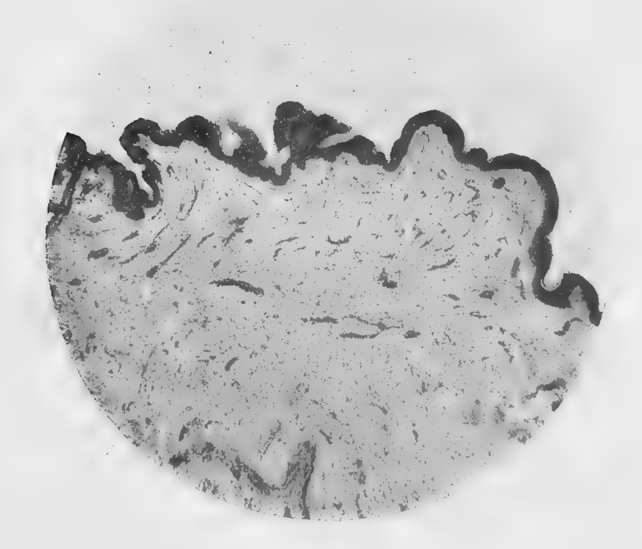


Fig. 11. — Microphotographie d'une élevure albo-papuloïde et constituée par hyperplasie du tissu conjonctif du corps papillaire.

Dans toute l'élevure l'épiderme garde sa structure normale si l'on excepte un épaississement avec production cornée assez exagérée autour et en correspondance des orifices des follicules pilifères. A la surface inférieure de l'épiderme le nombre des prolongements épithéliaux est au-dessous de la normale et l'épiderme lui-même apparaît aplati. Le tissu conjonctif qui constitue l'élément anatomique de l'élevure est formé par des cellules fixes, facilement individualisables, riches de protoplasme avec noyau évident et bien colorable : elles forment toutes ensemble une espèce de petit coussin souple traversé

par un grand nombre de vaisseaux sanguins capillaires dont la direction est ordinairement de bas en haut (fig. 12). En ce tissu conjonctif hyperplasique abonde le tissu élastique qui forme un réseau de fibres très minces, faciles à teindre et qui sont distribuées d'une façon analogue à celle du corps papillaire normal voisin. Il existe donc, à côté de la prolifération du tissu conjonctif, une prolifération avec excès de production de tissu élastique. Le derme réticulaire et l'hypoderme en correspondance de ces élevures et des zones qui les entourent ne présentent aucune altération. Dans ces coupes je n'ai trouvé nulle part des éléments infiltratifs phlogistiques. J'ai vu une certaine quantité de mastzellen. Les follicules pilifères et les conduits des glandes séba-

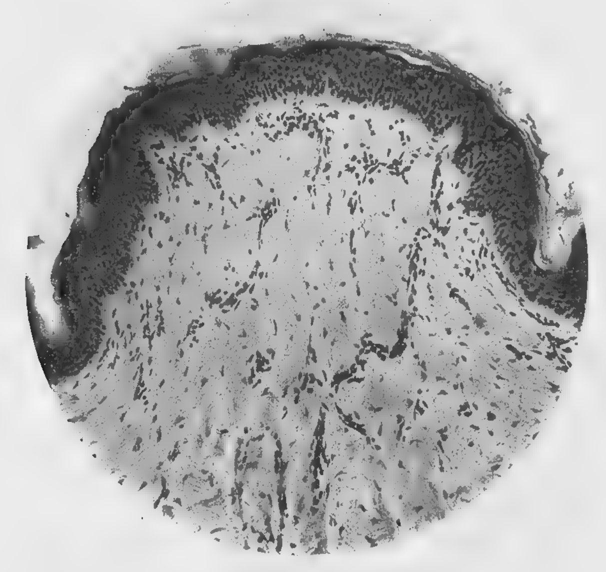


Fig. 12. — Microphotographie d'une élevure albo-papuloïde et constituée par hyperplasie du tissu conjonctif du corps papillaire.

cées ne sont sujets à aucune altération anatomique en correspondance des élevures : les premiers tendent à tirer l'épiderme vers le bas par la traction exercée par les glandes sébacées et les bulbes dans la profondeur du derme et de l'hypoderme.

3. *Elément albo-papuloïde en phase de production bulleuse.* — Dans cette phase plusieurs modifications viennent changer le tableau histologique précédent. L'épiderme cède, par places, à un processus d'acanthose et à des phénomènes de diapedèse de la part de petits éléments mononucléaires qui partent du tissu conjonctif hyperplasique qui, à son tour, est le siège d'un épaississement cellulaire où abondent les noyaux et où l'on peut apercevoir la formation de petits

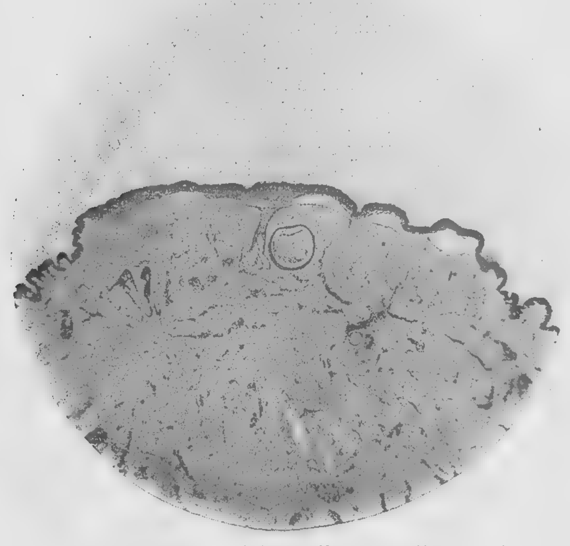


Fig. 13. — Bulle formée au-dessus d'une élevure albo-papuloïde avec feinte d'un prolongement folliculaire depuis le corps muqueux épidermique. Kyste corné dans le derme.



Fig. 14. — Bulle formée au-dessus d'une élevure albo-papuloïde avec feinte d'un prolongement folliculaire depuis le corps muqueux épidermique.
Kyste corné dans le derme.
Détail à plus fort grossissement de la fig. 13.

éléments du type lymphocytaire (fig. 13) ; aussi y a-t-il une dilatation des vaisseaux sanguins capillaires et de ceux à calibre moyen qui traversent le derme réticulaire, avec épaississement, aussi autour de ceux-ci, d'un tissu conjonctif fortement nucléé. Un processus inflammatoire proprement dit, avec éléments de migration depuis les vaisseaux et avec cellules du plasme n'existe point ; il n'y a que des éléments ayant le caractère d'une réaction histiogène locale. Pas de mastzellen. Clairement visibles les feintes des prolongements malpighiens et les kystes cornéens provenant d'évolutions épithéliales épidermiques concentriques (fig. 13 et 14).

Les deux cas cliniques que je viens de décrire ont une anamnèse et une objectivité symptomatologique qui pourraient nous induire à les attribuer sans hésitations à cette variété de l'épidermolyse bulleuse héréditaire (dermoépidermolyse) qui est décrite par les auteurs de traités et de très nombreuses monographies sous le nom de pemphygus successif à kystes épidermiques. Dans les antécédents nous avons constaté une fois l'hérédité ; et dans les deux cas le début de la maladie en bas âge ; sa persistance indéfinie ; la tendance à s'accentuer et à se diffuser très lentement, mais progressivement ; l'existence, surtout aux extrémités, de bulles qui se succèdent avec des périodes de pause et sans aucune cause visible ; les atrophies cicatricielles blanches par ici, rouge-violâtres par là, avec kystes épidermiques succédant à la formation des bulles et qui tendent à s'éliminer spontanément ; et enfin les dystrophies des ongles.

Mais dans mes deux cas il y avait en outre un symptôme aussi visible que ceux que je viens d'énumérer et que je n'ai trouvé indiqué dans aucun traité, ni dans aucune publication spéciale. Il s'agit de soulèvements papuloïdes, blanc-ivoire, saillants de 1 ou 2 millimètres sur la surface cutanée normale, ronds ou presque ronds si isolés ; à configuration variée, si confluents par apposition réciproque, ayant des bords ronds, homogènes ou légèrement dendritiques, à surface conique, s'ils sont initiaux et très petits, à surface plane et rapidement dégradante vers les bords s'ils sont d'ancienne date et si leur diamètre surpasse celui de 2 ou 3 millimètres, d'une couleur blanc-ivoire avec quelques petits points grisâtres, et un peu aplatis en correspondance de l'orifice folliculaire, à surface lisse et tendue, assez durs, ayant une consistance nettement élastique. Ces lésions sont primitives, elles ne sont jamais précédées par des symptômes prémonitoires. A

leur début elles sont très petites, disposées presque toujours autour d'un orifice folliculaire, et s'agrandissent dans l'espace de quelques mois ou de quelques années jusqu'à atteindre un diamètre de 15 millimètres. Cette mesure n'est jamais dépassée. Une fois que ces lésions se sont constituées elles ne s'effacent plus et demeurent presque toutes sans changement. Seulement en quelques-unes parmi elles il peut se former, après la constitution de l'élevure et au-dessus d'elle, un soulèvement bulleux qui est transitoire et qui pendant quelque temps est suivi par une rougeur érythémateuse, et par des kystes épidermiques blanc-lait, dont l'objectivité et le comportement sont identiques à ceux du pemphigus successif à kystes épidermiques.

Ces élevures ne sont jamais le siège d'un processus phlogistique ni d'autres sensations : leurs sensibilités sont normales. Elles peuvent se présenter partout sur le corps, y compris la muqueuse de la cavité buccale. Le tronc semble en être la localisation préférée, tandis que la muqueuse vulvaire paraît être épargnée. On ne trouve pas sur elles le symptôme de Nikolsky. Du point de vue anatomique l'élevure est constituée par une hyperplasie du tissu conjonctif du corps papillaire; tout élément d'un processus phlogistique manque; le tissu élastique est richement développé.

Or, existe-t-il dans la littérature des cas qui puissent être identifiés avec les miens? Mes recherches bibliographiques étendues à la littérature et aux différents travaux récapitulatifs sur le chapitre de l'épidermolyse bulleuse héréditaire (dermoépidermolyse) et de ses sous-divisions en pemphigus traumatique, et épidermolyse bulleuse ou pemphigus successif à kystes épidermiques, n'ont rien trouvé qui puisse s'identifier ou se confondre avec les cas que je viens d'exposer.

Il est bien vrai que depuis Hallopeau, dans certains travaux il est question de cicatrices hypertrophiques, mais l'énonciation de cicatrice, c'est-à-dire d'un processus secondaire à une formation préalable de bulles, suffit pour distinguer ce symptôme des élevures papuloïdes, planes, blanc-ivoire de mes cas, et qui en outre étaient absolument primitives, susceptibles d'un agrandissement très lent, progressif, et dépourvues soit cliniquement soit histologiquement de tout caractère cicatriciel.

Un autre symptôme décrit par Bosellini en 1906 est constitué par des élevures papuloïdes qui faisaient partie d'un syndrome

polymorphe de ses deux cas. Ces élevures papuloïdes cependant étaient secondaires à l'existence de groupes de corps miliaires et s'effaçaient lorsque disparaissaient les kystes dont elles provenaient. Le caractère secondaire et transitoire de la lésion décrite par Bosellini suffit pour la distinguer nettement des soulèvements papuloïdes, blanc-ivoire, primitifs et permanents de mes cas.

Après cela, comment apprécierons-nous ces cas qui présentent la symptomatologie singulière que je viens d'illustrer? Il me semble que l'existence d'une objectivité telle qu'on la voit dans le pemphigus successif à kystes épidermiques devrait nous induire à les rapprocher, ou même à les attribuer à cette forme morbide. La coexistence des élevures papuloïdes, blanc-ivoire, avec objectivité clinique et histo-anatomique si marquée et caractéristique, répandues sur toute la surface cutanée en si fort nombre, ayant caractère de primitivité et de permanence exigerait, au moins, la création d'une variété de cette forme ; variété qui pourrait se nommer *Pemphigus successif à kystes épidermiques et albo-papuloïdes.*

Il faut cependant songer que le chapitre de la soi-disant épidermolyse bulleuse, divisé en deux types : simple et dystrophique, en pemphigus traumatique simple et en pemphigus congénital à tendance cicatricielle, ou bien en pemphigus successif à kystes épidermiques n'est pas absolu, car il y a trop de cas dont les caractères objectifs ne correspondent pas parfaitement au type spécial de chaque groupe. Parmi les caractères non constants nous citerons : l'hérédité familiale manifeste, l'époque du début des lésions, la localisation comme siège et comme entité, la concomitance d'altérations nerveuses et de troubles endocriniens. Par conséquent lorsque Cappelli en 1912 publia trois de ces cas, il crut bon de les résumer sous le nom de : dermatoses chroniques dystrophiques du type de l'épidermolyse bulleuse (*Giorn. Ital. Mal. Veneree e Pelle*, 1912).

Dans les deux cas qui forment l'objet de cette communication, le facteur hérédité manquait dans le premier et semblait incertain dans le deuxième : la malade Rosa R., étudiée sur la base des méthodes cliniques qui étaient à notre disposition en 1906, était un sujet à intelligence très bornée ; la malade Santina F. appréciée cliniquement en 1927 à l'aide des examens complémentaires du sang, des cutivaccins, de la radiographie, des recherches endocrinologiques et pharmacologiques ne mon-

tra elle non plus des déviations remarquables, si l'on excepte un certain défaut et une certaine labilité de l'intelligence, une médiocre hypertrophie de la glande thyroïde et un développement précoce du corps. Les différents traitements hormoniques la laissaient indifférente tant dans ses conditions générales que dans celles cutanées.

En considération de ces circonstances il paraît que les nombreuses altérations de la peau, à type primitif et absolument aphlegmasiques, à décours progressif et chronique, à caractère nettement dystrophique enduisent aussi dans mes cas à partager l'opinion exprimée par Bosellini à propos de ses deux cas : que la dermatose puisse être causée par une *altération trophique*, dans laquelle le système nerveux et les sécrétions hormoniques s'influencent réciproquement par des altérations qui tout en échappant à une identification en ce qui est le mécanisme qui leur donne lieu, ont des manifestations évidentes d'une production anormale (dans mes cas constituées par les éléments albo-papuloïdes) et d'une fonction cutanée altérée (bulles, kystes épidermiques, atrophies cicatricielles). Selon cette opinion ces cas pourraient être définis comme une *dystrophie cutanée bulleuse atrophiante et albo-papuloïde.*

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1928.

Annales des Maladies vénériennes (Paris).

Le liquide céphalo-rachidien dans les différentes périodes de la syphilis, par Kirchberg. *Annales des Maladies vénériennes*, 23e année, n° 8, août 1928, p. 561.

Ce troisième mémoire termine cette vaste revue générale sur le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. Il traite des changements pathologiques du liquide céphalo-rachidien aux divers stades de la syphilis. Il montre les modifications sous l'influence du traitement. Il conclut qu'il faut grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien prévoir la syphilis au stade le plus accessible à la thérapeutique. Mais il y a déjà très longtemps que Ravaut a insisté sur cette période « préclinique » de la syphilis nerveuse, seulement révélée par l'examen du liquide céphalo-rachidien. H. Rabeau.

Sur la défense sociale contre la syphilis, par R. Barthelemy. *Annales des Maladies vénériennes*, 23e année, n° 8, août 1928, p. 59.

Ces réflexions ont été inspirées à B. par la récente conférence de Nancy. Dans les pays où on a fait un effort méthodique et durable on n'est pas arrivé à réduire sensiblement le nombre des prostituées. Cette prostitution reste agissante c'est-à-dire contaminante, si elle n'est pas soignée. C'est là un fait. Donc il faut la réglementer et faire des traitements convenables.

B. pense qu'en matière de prophylaxie antisyphilitique « il faut marcher droit, par la voie pratique du relèvement social de l'être humain ». H. Rabeau.

Du traitement abortif de la blennorrhagie antérieure aiguë, par Catzeflis (Beyrouth). *Annales des Maladies vénériennes*, 23e année, n° 8, août 1928, p. 597.

C. estime que le traitement abortif doit toujours être tenté soit que l'on emploie la méthode des injections ou celle des lavages. La guérison peut être obtenue en 8 à 15 jours. Il donne quelques conseils utiles pour l'application de ce traitement. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Le régime achloruré en dermatologie, par Veyrières. *Bulletin Médical*, 42e année, n° 33, 1er août 1928, p. 861.

Observation d'une malade atteinte de prurigo diathésique type de Besnier sur une peau xérodermique. V. constate une légère infiltration du tissu cellulaire. Le dosage des chlorures lui montre une élimination insuffisante. Un régime achloruré supprime rapidement prurit et

prurigo. Chaque prise de sel tentée ultérieurement ramène le prurit.

H. Rabeau.

Les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann chez les femmes des maisons de prostitution, par L. Bizard. *Bulletin Medical*, 42e année, n° 33, 1er août 1928, p. 862.

B. estime qu'il faut systématiquement pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann chez les prostituées. Les résultats de ses premiers examens lui ont révélé un certain nombre de syphilis méconnues (10 o/o).

Ces syphilitiques sans le savoir et indemnes d'accident seront maintenues en maison à condition qu'elles se traitent.

Il remplacera la carte actuelle par le carnet sanitaire, correspondant à une fiche médico-sociale conservée au Dispensaire de salubrité.

H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

L'importance des réactions colloïdales dans la sérologie de la syphilis et de la tuberculose par A. Breton. *Gazette des Hôpitaux*, 101e année, n° 61, 11 août 1928, pp. 1145 1150.

Article de vulgarisation très simple exposant des généralités sur les colloïdes et leur rôle dans les réactions de déviation du complément et les réactions de floculation de Vernes, et comparant ces deux méthodes au point de vue de leur mécanisme. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

La stomatite mercurielle, par Gérard-Maurel. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 31, 2 août 1928.

Courte revue sur les précautions à prendre pour éviter la stomatite mercurielle, sur les moyens de la traiter lorsqu'elle est survenue.

H. Rabeau.

Réactivation de syphilis apparemment éteinte par union consanguine de syphilitiques héréditaires, par H. Paucot. *Journal de Médecine de Paris*, 48e année, n° 33, 16 août 1928, p. 655.

Histoire d'une famille dans laquelle à la troisième génération la syphilis semble s'éteindre, s'atténuer de plus en plus en l'absence de tout traitement dans des unions non consanguines. Mais trois conceptions résultant de l'union d'hérédos de même souche donnent des enfants signés par la syphilis. Il s'agit donc d'une syphilis renforcée, revivifiée au maximum par la jonction de deux hérédités atténuées.

H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

Sur un nouveau mode de préparation des antigènes microbiens utilisés pour les réactions de déviation du complément. par E. Rivalier et J Reilly. *Presse Médicale*, 36e année, n° 65, 15 août 1928, p. 1029.

La méthode est analogue à celle préconisée jadis par Besredka. Les germes cultivés en boîte de Roux sont recueillis, lavés, mis à dessé-

cher dans le vide sulfurique. On les pèse à l'état sec. On ajoute 40 o/o de chlorure de sodium, on les broie au mortier. La poudre obtenue est émulsionnée ensuite dans l'eau distillée (1 cm³ par 2 cgr. de corps microbien). On centrifuge. On obtient un liquide clair contenant 1 gramme de substances albumineuses par litre. Les auteurs ont préparé ainsi une streptobacilline qu'ils ont utilisée comme antigène avec d'excellents résultats.

Ils ont employé ce procédé de préparation pour d'autres germes et il leur semble le meilleur mode de préparation d'un bon antigène. Ils estiment qu'en dehors de la réaction de fixation, ces antigènes solubles pourront être utilisés *in vivo*, mettant à l'abri des phénomènes inflammatoires banaux pouvant être provoqués par l'inoculation de fortes doses de corps microbiens. H. RABEAU.

Les troubles vasculaires du tabès, par BASCOURRET. *Presse Médicale*, 36e année, nº 66, 18 août 1928, p. 1042.

Grasset, Dieulafoy ont insisté sur la rareté de l'insuffisance cardiaque et de l'angine de poitrine dans le tabès. Ces tabétiques s'ils sont souvent des aortiques et aussi des hypertendus ne se comportent ni comme des aortiques, ni comme des hypertendus banaux. Il existe dans le tabès un trouble profond généralisé à tout l'arbre artériel. L'étude de la pulsatilité artérielle montre dans cette maladie une faiblesse d'activité propulsive de l'appareil circulatoire très lentement progressive étendue à tout l'organisme, malgré une hypertension très fréquente, souvent instable et cela d'autant plus que le tabès s'accompagne de troubles ataxiques réflexes, sensitifs ou objectifs plus étendus. La latence remarquable des lésions aortiques, de l'hypertension, la rareté des lésions athéromateuses lui semblent sous la dépendance de cette diminution de l'activité circulatoire : ce serait l'appareil sympathique profondément et très diversement touché dans le tabès qui conditionnerait les anomalies des fonctions cardio-vasculaires. H. RABEAU.

Du rôle de l'idiosyncrasie dans les infections cutanées chroniques, par R. SABOURAUD. *Presse Médicale*, 36e année, nº 68, 25 août 1928, p. 1075.

Par des exemples auxquels sa grande expérience clinique donne tant de poids, S montre combien est complexe le problème de l'idiosyncrasie. Malgré de nombreux travaux nous n'avons que des connaissances très fragmentaires, nous voyons des détails innombrables, différents, complexes, nous ne savons pas les coordonner. Le lien, le mécanisme nous échappent. « Nous voyons les mêmes causes reproduire sur le même sujet les mêmes effets que le voisin ne montre pas et ne montrera jamais ».

En résumé, dit-il, c'est à côté du grand problème des sensibilisations spontanées ou provoquées aux traumatismes physico-chimiques que demeure pour nous un autre mystère celui de la réceptivité spéciale et individuelle de nos téguments à des causes d'infections banales et communes qui semblent nous menacer tous de même et contre lesquelles certains d'entre nous seulement se trouvent désarmés.

H. RABEAU.

Contribution à l'étude de la réaction de Targowla dans le liquide céphalo-rachidien, par A. Mario-Flamberti. *Presse Médicale*, 36e année, n° 69, 29 août 1928.

L'auteur confirme les bons renseignements fournis par cette réaction qui ne doit pas être utilisée isolément mais parallèlement à une autre réaction, et appuyée sur l'étude complète du liquide céphalo-rachidien. Il signale qu'au début de son expérimentation il avait obtenu des résultats peu encourageants avec un elixir parégorique différent. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (*Paris*).

Recherches sur l'anaphylaxie sérique (1er mémoire), par S. Suarez. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLII, août 1928, n° 8, p. 876.

Le sérum sanguin contient trois protéines : l'englobuline, la sérum-albumine et la pseudo-globuline. Chacune de ces protéines se comporte comme un antigène différent. Chacune sensibilise spécifiquement, et est toxique pour les animaux sensibilisés avec du sérum complet et avec l'antigène correspondant. La spécificité des fractions voisines est telle que les animaux sensibilisés avec une fraction résistent à 10-15 doses mortelles d'une autre fraction. La spécificité des fractions éloignées est telle que les animaux sensibilisés avec une de ces fractions résistent à 15-80 doses mortelles d'une autre fraction. La période d'incubation varie aussi suivant les différents antigènes.

H. Rabeau.

Cultures du trychophyton gypseum en dehors de l'organisme et des milieux usuels (vitalité et virulence, remarques épidémiologiques), par D. Brocq-Rousseu, Ach. Urbain et J. Barotte. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLII, août 1928, p. 895.

Les auteurs ont pu obtenir des cultures abondantes de *trichophyton gypseum*, sur des milieux pauvres en éléments nutritifs (paille, épis de blé, grains d'avoine, poils, etc.). La vitalité de ces cultures est très grande (2 ans et 3 mois sur un échantillon de paille). Ces constatations pourraient expliquer certaines données épidémiologiques concernant les dermatophyties animales, et apportent des arguments à l'hypothèse de la possibilité pour les teignes animales de se transmettre par les fourages. H. Rabeau.

Revue neurologique (*Paris*).

Récidivide de mal perforant plantaire sur une greffe, par A. Thomas, *Revue Neurologique*, XXXVe année, t. II, n° 1, juillet 1928, pp. 147-148.

L'ulcération survenue chez une tabétique a été traitée par sympatectomie puis par greffe et a récidivé par deux fois sur la greffe, dont la sensibilité est très faible. A. Bocage.

Syndrome catatonique et paralysie générale, par Crouzon, Justin-Besançon et P. Ducas. *Revue Neurologique*, XXXVe année, t. II, n° 1, juillet 1928, pp. 148-153, 3 fig.

Il s'agissait d'un malade de 29 ans dont l'aspect était celui d'un dément catatonique typique et dont les réactions biologiques rachidiennes révélaient une syphilis certaine remontant à quatre ans. Des indications bibliographiques accompagnent cette observation.

A. BOCAGE.

Démarche à petits pas chez un syphilitique du névraxe, par URECHIA et DRAGOMIR. *Revue Neurologique,* XXXV[e] année, t. II, n° 1, juillet 1928, pp. 288-300.

Observation d'un homme de 64 ans présentant une démarche lacunaire à petits pas. Les modifications du liquide céphalo-rachidien montrent qu'il s'agit d'une de ces formes très rares de localisation de la syphilis aux noyaux de la base. A. BOCAGE.

Lyon Médical

Pigmentations cervicales « en coulées » ou « en breloques ». Rôle de l'eau de Cologne, application thérapeutique, par L. M. BONNET. *Lyon Médical,* t. CXLII, n° 32, 5 août 1928, p. 153.

M. B. étudie les cas de pigmentation très curieuse, étudiés surtout à l'étranger, survenant pendant la belle saison, chez des jeunes femmes ayant fait des applications d'eau de Cologne sur des régions soumises à une intense insolation. Il s'agit de traînées pigmentées marquant exactement les coulées du liquide. Ce n'est pas l'alcool qui agit en pareil cas, mais les essences (surtout bergamotte).

L'auteur étudie ensuite l'utilisation en thérapeutique de la connaissance de ces faits, pour combattre certaines dépigmentations, le vitiligo notamment. Les résultats sont infidèles. Jean LACASSAGNE.

Plaques muqueuses de la conjonctive, par Jacques ROLLET. *Lyon Médical,* t. CXLII, n° 32, 5 août 1928, p. 173.

Jeune fille de 19 ans se présente à l'Hôtel-Dieu en pleine éruption de syphilis secondaire érythémato-papuleuse des téguments et des muqueuses.

On constate à l'œil droit une augmentation légère de la vascularisation de la conjonctive tarsienne, mais surtout des lésions importantes de la conjonctive bulbaire, sous forme de plaques muqueuses légèrement surélevées, nettement limitées, opalines, se détachant audessus d'une fine bordure rougeâtre.

Pas d'induration au toucher.

A propos de cette observation l'auteur signale la rareté des cas de syphilis secondaire oculaire.

On ne peut donner aucune explication satisfaisante de la rareté des accidents conjonctivaux, comparée à la fréquence des atteintes des autres muqueuses. Jean LACASSAGNE.

Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier.

Un nouveau cas de guérison rapide de zona par l'iodobenzométhylformine, par A. Fournier. *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*, p. 394, août 1928.

La malade de 42 ans présentait un zona du flanc droit, très douloureux et empêchant le sommeil. Une injection intraveineuse d'iodobenzométhylformine est pratiquée. Dès le lendemain toute douleur a disparu et les vésicules sont affaissées. Trois injections sont faites ensuite par précaution ; le 4e jour les vésicules sont desséchées et les douleurs n'ont point reparues.

Cet excellent résultat confirme les succès obtenus par Ganzinotty.

P. Vigne.

La Loire médicale (St-Étienne).

Modes féminines et dermatoses, par Ch. Laurent. *La Loire médicale*, 42e année, no 8, p. 345, août 1928.

L'auteur vise dans cet article les infections rétro-auriculaires eczématisées. Cette dermatose était autrefois l'apanage des femmes nanties de coiffures et de coiffes enserrant les oreilles (religieuses, femmes portant des bonnets régionaux). Actuellement la mode avec ses exigences : cheveux plaqués par une permanente, petits chapeaux de feutre enfoncés à fond, ne permet pas l'aération de la région rétro-auriculaire et l'intertrigo-streptococcique, si bien décrit par Sabouraud, ne tarde pas à se manifester, compliqué d'eczématisation.

Ces faits doivent être connus puisqu'en pareil cas, les succès thérapeutiques sont faciles grâce à l'emploi des antiseptiques appropriés.

Jean Lacassagne.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un cas d'acanthosis nigricans (Ein Fall von Akanthosis nigricans), par J. Polak. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, no 27, p. 941, 7 juillet 1928.

Un cas observé chez un indigène (Javanais) de 52 ans, chez lequel on ne trouve aucune trace de néoplasme abdominal.

Ch. Audry.

La valeur pratique de la réaction de Wassermann « du récipient » de Dold (Die praktische Bedeutung der Blutkuchen-W. R. nach Dold), par J. Bojewskaja et A. Kasol. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, no 27, p. 953, juillet 1928.

Il arrive souvent que la quantité de sang envoyée au laboratoire soit insuffisante (prélèvement difficile, récipient mal bouché). Pour éviter un nouveau prélèvement, Dold a eu l'idée de se servir du sérum desséché sur les parois du récipient. Voici comment : mettre, dans une éprouvette, tout le récipient et un volume égal de sérum physiolo-

gique et agiter doucement. Le mélange obtenu est inactivé à 56° pendant 30 minutes, puis centrifugé 10-15 minutes. Le liquide surnageant est employé tel quel. Sur 220 sérums, cette méthode a donné, d'après Dold, 98,5 o/o de résultats concordants; d'après Palevici, 108 résultats concordants sur 108 sérums; d'après Spranger, sur 500 sérums, 93,6 o/o de résultats concordants, 5,6 o/o de résultats légèrement différents, 0,8 o/o de résultats contraires (différences n'affectant que les R. W. +); d'après Gross, sur 1.000 sérums, 93,9 o/o de résultats concordants, 2,3 o/o de légèrement différents; d'après les auteurs, sur 300 sérums, 95 o/o de résultats concordants, 3,33 o/o de légèrement différents. Les concordances sont plus élevées quand on prolonge l'immersion du récipient (2-3 jours), l'éprouvette maintenue ouverte à la température du laboratoire.

L. Chatelier.

Herpès tonsurant, microsporie et favus des paupières et des cils (Herpes tonsuraus, Mikrosporie und Favus der Augenbrauen und Wimperer), par Lourier et E. Zwitris. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 29, p. 1019, 21 juillet 1928.

En moins de 6 mois, les auteurs en ont observé 8 cas; cinq fois sur huit, le cuir chevelu était respecté; les deux sexes sont également exposés; les Ukrainiens sont particulièrement atteints; les adultes comme les enfants, la microsporie étant plus fréquente chez les jeunes. Sur six cultures, trois étaient de *Trichophyton violaceum*, trois de microsporie, ces dernières chez l'enfant, les *violaceum* chez l'adulte. Guérison par l'épilation manuelle. Ch. Audry.

Syphilis tertiaire ulcéreuse du nez arséno-résistante (Ueber einen Salvarsan-resistenten Fall exulzerierter tertiärer Lües der Nase), par R. Geiger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 29, p. 1028, 21 juillet 1928.

Homme affaibli de 44 ans, porteur d'une ulcération, sans nodules, du bord et du bout du nez. On élimine tuberculose et morve, et on s'arrête au diagnostic de syphilis tertiaire ulcéreuse malgré une sérologie (sanguine) entièrement négative. Aortite. Après 3 grammes de salvarsan, aucune modification. Cependant le malade finit par guérir complètement après 5 grammes. A ce moment, la sérologie était encore négative, mais la luétine était devenue positive (de négative au début). G. examine les diverses hypothèses susceptibles d'expliquer ces diverses anomalies (sérologie, luétine seule devenue +, arséno-résistances). Il est vraisemblable que dans des cas de ce genre la détérioration de l'état général a pu jouer un rôle en modifiant les réactions physiologiques du malade; l'action du salvarsan étant du reste très complexe, et pas uniquement spécifique. Ch. Audry.

Dermatite verruqueuse (chromoblastomycétique) [Dermatitis verrucosa (Chromoblastomycose)], par A. Buschke et A. Joseph *Dermatologische Wochenschrift*, t. XXX, n° 30, p. 1047, 28 juillet 1928 (4 fig.).

Les auteurs ont examiné des pièces en provenance de Cuba. La maladie n'a été signalée qu'en Amérique chaude et peut-être en

Russie. On en a publié une trentaine de cas. Elle frappe toujours des adultes, habituellement des cultivateurs. La porte d'entrée est peut-être une érosion traumatique (épines de plantes, etc.). La marche est très chronique. Elle débute par des nodules blanchâtres qui s'ulcèrent et végètent. Exceptionnellement, les mains et les bras en présentent. Au microscope : hyperkératose, petits abcès, cellules géantes contenant des parasites. Sur les milieux habituels, cultures d'un gris-bleu ou noirâtres ; le mycélium formé de conidies en forme de fausses sporanges. Thaxter en fait une dematiaire, de la sous-famille des chalarées. A ce même groupe appartient l'agent de l'*acrotheca pedrosiana*, qui présente de petits abcès, des cellules géantes contenant des parasites et parfois du mycélium. Les malades sont traités par l'iodure de potassium. CH. AUDRY.

Sur les arthropathies syphilitiques des doigts (Beitrag zur Frage der syphilitischen Fingergelenkerkrungen), par M. FRAMHEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, nos 30 et 31, pp. 1052 et 1085, 28 juillet et 4 août 1928 (4 fig.).

A propos de 5 cas personnels (3 femmes et 2 hommes). Conclusions : l'arthrite déformante syphilitique est une localisation tardive qu'il n'est pas rare d'observer sur les doigts. La maladie débute souvent avec des douleurs qui persistent jusqu'au traitement. Plus tard, apparaissent de l'épaississement articulaire, des destructions des extrémités osseuses, de l'usure des cartilages et des os, puis des subluxations ou des déviations. Souvent on perçoit des frottements rudes dans les mouvements provoqués ; habituellement, les localisations sont symétriques. A la radiographie, apparence d'arthrite ulcéreuse sans caractère spécifique. On doit faire un traitement spécifique mixte et celui-ci amène souvent des exacerbations ou fait apparaître des lésions inaperçues.

On fait le diagnostic par la découverte des antécédents et l'efficacité du traitement antisyphilitique. CH. AUDRY.

Sur la pseudo-leucokératose de la bouche (Ueber Pseudoleukokératose der Mundschleimhaut), par O. GRÜTZ *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 31, p. 1075, 4 août 1928.

A propos de 3 cas personnels, G. décrit une anomalie de la muqueuse buccale constituée par des plaques grises et blanches. Elle a été observé chez des fumeurs et guérit spontanément avec la cessation du tabac. CH. AUDRY.

Sur le lichen plan vésiculeux (Zur Kazuistik des Lichen ruber planus und vesiculosus), par K. WOHWINKEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XXX, n° 32, p. 1103, 11 août 1928.

Observation d'une femme de 31 ans, atteinte depuis 4 mois d'une dermatose papulo-vésiculeuse, bulleuse, croûteuse, prurigineuse, dont le diagnostic d'abord impossible ne fut possible que grâce à l'apparition de papules typiques ordinaires ultérieures. Au microscope, lésions inflammatoires et exsudatives, etc. Les lésions ont laissé de

fortes pigmentations. Avec Bettmann, W. insiste sur l'existence d'un groupe de lichens aigus exsudatifs. CH. AUDRY.

Sur un cas de trichophytide (Ueber einen Fall von Trichophytid), par BLUT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 32, p. 1109, août 1928, 3 figures dans le texte

Chez un garçon de 15 ans, porteur d'une trichophytie cutanée du pariétal et de la joue droite, apparut au bout de 3 mois environ, une éruption constituée par de petits nodules tantôt folliculaires, tantôt lichénoïdes, en groupes, avec rougeur et infiltration. Dans les squames on trouve du tricophyton. Histologie : hyperkératose, infiltration périvasculaire. L. CHATELLIER.

Sur la coloration du champignon du favus et de l'herpès tonsurans (Beitrag zur Färbung von Favus und Herpes tonsurans), par E. HEIDEGGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 32, p. 1112, août 1928, 5 figures dans le texte.

Technique : fixer les morceaux prélevés au formol, inclure à la paraffine ; colorer les coupes 10-20 minutes dans le vert de méthylepyronine, laver quelques secondes à l'eau, différencier dans l'alcool à 60°, déshydrater rapidement dans l'alcool à 100°, xylol-baume. Spores et mycélium du trichophyton en rouge-brun, de l'achorion en bleu-violet. Pour les squames, les dissocier, les faire ensuite bouillir un instant dans un verre de montre rempli de colorant où on les laisse séjourner 10 minutes. Laver, puis les plonger dans un mélange glycérine-gélatine ; avoir soin de les écraser entre lame et lamelle. Pour les cultures, en prélever une parcelle, qu'on fait chauffer dans le colorant pendant une heure (verre de montre) ; la porter sur une lame, enlever le colorant avec du papier buvard, ajouter une goutte d'eau et écraser entre lame et lamelle. L. CHATELLIER.

Sur la vitesse de sédimentation des globules rouges dans la syphilis récente et les ulcérations vénériennes. en particulier avant la positivité de la réaction de Wassermann (Uber die Senkungsgeschwindigket der roten Blutkörperchen bei Lues recens und Ulcera vener., insbesondere vor Positivwerden der Wassermannschen Reaktion), par K HEDEN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 32, p. 1118, août 1928.

Sur 45 syphilitiques primaires à sérologie négative, la vitesse de sédimentation est accélérée dans 82,2 o/o ; cette réaction peut donc être utile dans les cas où manquent encore les spirochètes et la réaction de Wassermann. Dans le chancre mou, elle est accélérée dans 37 o/o des cas (10 malades sur 27). Dans l'ulcère gangréneux (2 cas), elle est retardée. L. CHATELLIER.

Un cas de nævus sébacé unilatéral après inoculation vaccinale (Ueber einen Fall von Nævus sebaceus unilateralis nach Pockenimpfung), par A. SELISKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 33, 18 août 1928, p 1147.

Fille de 18 ans, vaccinée 3 ans auparavant. Sur deux des cicatrices (bras droit) se sont développés de petits nodules groupés, mais non

confluents, verruqueux, hémisphériques, gros comme une tête d'épingle, sans poils. Au microscope, glandes sébacées, de structure normale, développées dans le derme sous-épithélial, avec un poil rudimentaire. Acanthose légère au voisinage ; sudoripares normales ou rudimentaires, infiltration périvasculaire.

C'est la lésion décrite par Jadassohn comme nævus sébacé L'intérêt du cas réside dans la localisation. On a signalé le traumatisme à l'origine du développement de ces nævi, ce qui n'exclut pas leur origine congénitale. Gans pense qu'il s'agit de néoformation aux dépens de germes préexistants. La puberté et l'âge sont des occasions de développement de ces germes ; la dégénérescence maligne en est très rare.

CH. AUDRY.

Dermatite par l'urotropine (Urotropin Dermatitis), par J. BROERS *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 33, 18 août 1928, p. 1157.

Deux cas d'érythème, l'un papuleux, l'autre vésiculeux.

CH. AUDRY.

Rôle de la syphilis dans l'origine des néphroses (Ueber die Rolle der Lues bei der Entstehung der Nephrosen), par P. IMMERWAHR. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 33, 18 août 1928, p. 1154.

D'après F. Volhardt, la tuberculose et la syphilis jouent un rôle prédominant dans la néphrose lipoïdique. L'auteur a trouvé la syphilis à l'origine 3 fois sur 11. 3 statistiques réunies donnent 13 cas d'étiologie syphilitique sur 78 néphroses. En général, on s'accorde à commencer le traitement par une cure d'iodure de potassium à laquelle on fait succéder As, ou Hg, ou Bi, employés à doses faibles ; on obtient des améliorations.

CH. AUDRY.

La vulvite hémorragique de Lipschütz et son étiologie (Die Hämorrhagische Vulvitis,von Lipschütz und ihre Ætiologie), par A. KARYSCHEWA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 33, p. 1157. août 1928.

La vulvite décrite par L. se présente sous la forme de taches hémorragiques, à bords festonnés, disséminées sur la vulve, sans rapport avec les différentes glandes de cette région ; en même temps, anémie plus ou moins intense. Parmi les 4 malades de Lipschütz, 1 syphilis, 1 blennorragie et 1 tuberculose. La malade de K. présente le même syndrome ; de plus elle est syphilitique et blennorragique. K. pense qu'il s'agit là d'infarctus hémorragiques dus à la toxine du gonocoque, par lésion des parois des capillaires de la muqueuse.

L. CHATELLIER.

Lichen ruber et psoriasis (Lichen ruber und Psoriasis), par A. BUSCHKE et W CURTH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 34, 25 avril 1928, p. 1175.

L'association du psoriasis et du lichen ruber constitue un problème actuellement non résolu. L'apparition du lichen plan chez les psoriasiques non traités par l'arsenic constitue un phénomène connu, mais extrêmement rare ; d'autre part le lichen plan provoqué par le salvarsan est bien établi. Il est certain que l'administration d'autres métaux

semble provoquer l'apparition du lichen plan chez les psoriasiques. Enfin, il y a des contestations au sujet de la nature réelle du soi-disant lichen plan. B. et C. ne mettent pas en doute qu'il existe un rapport entre le psoriasis traité par l'arsenic et le lichen-plan. Cette association soulève comme le lichen plan du salvarsan une foule de questions encore non résolues. Ch. Audry.

Sur une forme rare de lichen plan (lichen plan circiné atrophique) (Ubereine seltene Form des Lichen planus (Lichen planus annulatus atrophicus), par Maskilleison et Silbermann *Dermatologische Wochenschrift,* 1928, t. LXXXVII, n° 34, 25 août, p. 1180.

2 observations de lichen plan atrophique et circiné conformes aux descriptions antérieures. Ch. Audry.

Recherches histologiques sur la peau de l'aisselle dans les deux sexes et à différents âges (Histologische Untersuchungen von Achuilœhlenhaut bei beiden Geschlechtern und in verschiede nen Lefensaltern), par Karrenberg. *Dermatologische Wochenschrift,* t. LXXXVII, n° 37, 15 sept. 1928, p. 1275 et n° 38, 22 sept., p. 1321.

K. a examiné la peau de l'aisselle de 165 cadavres des 2 sexes et de tout âge. Il n'a pas constaté que le sexe ait une influence sur le nombre et l'état des apocrines. Les variations en sont individuelles. Il n'a pas pu établir de rapports entre les apocrines et la puberté. Il croit pouvoir conclure que le cycle sexuel chez la femme exerce une action sur les apocrines. Le développement des apocrines est purement individuel ; peut-être les états rachitiques contribuent-ils à les augmenter. Dans la peau saine de l'aisselle, on peut rencontrer toutes les modifications relevées au cours de la maladie de Fox-Fordyce.

Ch. Audry.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur le traitement des infiltrats consécutifs aux injections intra-musculaires de mercure et de bismuth (Zur Frage der Behandlung der nach intramusculären Hg und Bi-Injektionen auftretende Infiltrate, par Tarsis Panow et Wassiljewa. *Dermatologische Zeitschrift,* 1928, t. LIII, juin f. 6, p. 394.

D'après 22 malades (13 fois il s'agit d'inj. de Hg et Bi, 9 fois de Bi seul). Dans un bon nombre de cas, les infiltrats qui avaient résisté aux applications chaudes ont rapidement et complètement cédé aux irradiations à la lampe de quartz (5 minutes pour un éloignement de 1 centimètre ; puis de 10 centimètres ; 30 minutes pour une distance de 50 centimètres, 12 à 15 séances). Les résultats étaient naturellement d'autant plus rapides que les lésions étaient moindres ; ils étaient aussi d'autant plus favorables que les lésions étaient plus hypérémiques. Il faut recourir à la radiothérapie quand les infiltrats sont très très profonds, quand les cas sont très récents (mais dans ce cas, employer de petites doses fractionnées). La radiothérapie agit promptement sur la douleur. La diathermie reste la dernière ressource quand l'irradiation lumineuse et la radiothérapie ont échoué.

Ch. Audry.

Sur les statistiques dermatologiques (en particulier de la maladie de Recklinghausen et des myomes) (Zur Dermatologischen statistik (unter besonderer Berücksichtigung der Recklinghausenschen Krankheit und der Myome), par M. Saalfeld. *Dermatologische Zeitschrift*, 1928, t. LII, n° 6, juin, p. 399.

S. fait la critique des statistiques d'Adrian et de Garré ; il établit que la fréquence de la maladie de Reklinghausen est égale dans les deux sexes, que les chiffres de 12 o/o indiqués comme pourcentage de tumeurs malignes au cours de cette maladie est trop élevé, et que les myomes y sont deux fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Ch. Audry.

Le traitement du lupus ulcéreux et hypertrophique par le néosalvarsan (Die Behandlung des hypertrophischen und ulzerœsen Lupus mit Neosalvarsan, par P. Balog. *Dermatologische Zeitschrift*, 1928, t. LIII, f. 6, juin, p. 402 (2 fig.).

Le néosalvarsan donne de bons résultats dans le traitement du lupus ulcéreux et végétant. Il est impuissant quand les nodules sont dispersés. Il est possible que l'action curatrice du néosalvarsan tienne en ce cas à son action de réduction. Ch. Audry.

25e anniversaire de la création de la syphilis expérimentale par E. Metschnikoff et E. Roux (Zur 25 Jährigen Wiederkehr der Begrundung der experimentellen syphilis durch E. Metschnikoff et P. P. E. Roux), par E. Hoffmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 1, p. 1, juillet 1928.

Cet article, écrit lors de la mort de Metschnikoff (1916), est resté inédit. H. le publie pour rappeler que c'est à M. et R. qu'on doit la première et heureuse tentative d'inoculation à l'animal, considérée jusqu'alors (1903) comme impossible. Réalisée, par eux, sur le chimpanzé d'abord et les singes inférieurs ensuite, elle a suscité le rapide développement de la syphilis expérimentale, qui, à son tour, permit d'arriver à la thérapeutique actuelle. Metschnikoff a donc rendu à l'humanité un inestimable service. L. Chatellier.

Démonstration histochimique d'arsenic dans la peau des malades atteints de lichen et de dermite salvarsaniques, et sa signification pour la pathogénie de ces affections (Die histochemische Nachweis von Arsen in der Haut bei Fällen von Salvarsanlichen und Salvarsan dermatitis und seine Bedeutung für die Pathogenese dieser Erkrankungen, par A. M. Memmesheimer, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 1, p. 4, juillet 1928.

Sur 2 malades atteints de lichen post-salvarsanique, recherche histochimique d'As (fixer dans formol à 10 o/o, 24-48 heures ; laver à l'eau courante 12 heures au moins ; découper le morceau prélevé en fragments de 2 millimètres d'épaisseur ; mettre ces fragments dans une solution fraîche et neutre d'hydrogène sulfuré, contenue dans des flacons hermétiquement bouchés ; maintenir les fragments à 70°, pendant 5-6 jours en renouvelant chaque jour la solution ; laver ensuite pendant 12 heures, puis inclure à la celloïdine. Les coupes sont traitées pendant 20 minutes par une solution alcoolique au 1/10 d'acide

chlorhydrique, puis lavées dans l'alcool à 70°, colorées par le carmin aluné ou l'hématoxyline-éosine, traitées par l'alcool à 95°, l'essence de girofle, baume). Dans le tissu sous-papillaire, nombreux cristaux de trisulfure d'arsenic extracellulaires ; dans la couche basale et dans les autres couches épidermiques, précipité qui s'accumule dans certains territoires de l'épiderme. Peu de précipité dans les conduits sudoripares ; abondant dans les conduits sébacés ; rare dépôt dans les vaisseaux du derme. Dans la dermite arsenicale, seul le derme superficiel contient de l'arsenic. L. Chatellier.

Sur la teneur en métaux de la peau à l'état normal et pathologique, IIe mémoire : Teneur de la peau humaine normale en K, Ca et H^2O (Ueber den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen. IIe Mitteilung. Ueber den Kalium —, Kalzium — und Wassergehalt der normalen Menschenhaut), par E. Nathan et Fr. Stern. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 1, p. 14, juillet 1928.

La peau normale contient en moyenne 200-300 mgr. o/o de K, 20-30 mgr. o/o de Ca, par rapport au poids à sec ; la peau fraîche contient 65,9-70,6 o/o d'eau. Il n'y a pas de différences selon les régions examinées. La teneur en Ca augmente avec l'âge.

L. Chatellier.

La réaction bi-colorée au Schellack de Marchionini et Thurzo comme réactif rapide et sûr (Die bi-kolorierte Schellack reaktion von Marchionini et Thurzo als « haltbares Schnellreagens »), par J. Vonkonnel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 1, juillet 1928, p. 19, 1 fig. dans le texte.

Le schellack est une résine obtenue par lavage de la gomme laque.

L'addition de brillant fuchsine et de vert-naphtol-B rend la lecture des réactions plus faciles, sans en altérer la sensibilité, car la floculation s'accompagne de modification dans la coloration du précipité. On peut employer le schellack ou gris, ou blanc ou décoloré ; la solution à 10 o/o dans l'alcool absolu se conserve plusieurs mois. L'addition des solutions colorantes rend le réactif utilisable seulement pendant 4-6 semaines. Toutefois un léger excès de brillant fuchsine le rend beaucoup plus stable et permet de le garder en ampoules préparées d'avance. Mélanger 0 cm^3 5 de liquide à 0 cm^3 5 de réactif, agiter et centrifuger 4-5 minutes. Le liquide normal ne modifie pas la transparence de la solution. Les liquides pathologiques troublent plus ou moins la solution colorée, tandis qu'apparaît un précipité rouge et que la teinte bleue tourne au vert. P. G. et tabès réagissent fortement ; encéphalite, tumeur cérébrale ou médullaire, sclérose multiple, réagissent peu ou pas ; psychoses endogènes et névroses fonctionnelles, réaction toujours négative ; méningite séreuse, réaction négative ; les méningites purulentes réagissent toujours plus vivement que la méningite tuberculeuse. L. Chatellier.

Sur les nodosités juxta articulaires dans la syphilis (Ein Beitrag zur Frage der juxta-artikularen Knotenbildungen bei Syphilis), par H. Martin. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, f. 1, juillet 1928, p. 26.

M. donne une observation personnelle recueillie chez un homme de 32 ans qui n'a jamais quitté l'Europe et qui avait pris 11 ans auparavant une syphilis jamais traitée. R.-W. +. Guérison rapide par le néosalvarsan. M. d'après les documents rassemblés par Jessner remarque que presque dans tous les cas ou les nodosités de Jeanselme ont pu être attribués à la syphilis, les malades n'avaient jamais été traités. Peut-on admettre comme donnée étiologique l'influence de traumatismes légers sur un virus peu actif, ou bien faut-il admettre une disposition personnelle à la fibrose ? CH. AUDRY.

Cas d'affections rares des ongles. Onychomycose familiale trichophytique (Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Familiäre Onychomykosis trichophytina), par J. HELLER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 2, p. 81, août 1928, 1 fig. dans le texte.

Aux 10 observations d'onyxis familiale trichophytique qu'il a rassemblées dans la littérature, H. ajoute un onzième cas dû au trichophyton faviforme. C'est la première fois qu'il est rencontré dans les lésions onguéales.

Autre observation concernant d'un eczéma chronique des ongles avec poussées aiguës, chez une fillette de 8 ans. Aucune étiologie n'a pu être trouvée. Acrodermatite chronique d'Hallopeau ou, plutôt, eczéma séborrhéique ? L. CHATELLIER.

Traitement de la syphilis précoce par inoculation de la fièvre récurrente européenne (souche Aristowsky) ([Zur Behandlung der Frühsyphilis mittels Impfung mit europäischen Recurrens (Stamm Aristowsky)], par A. WAINSTEIN et S. GOLOSSOWKER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 2, p. 84, août 1928.

84 malades à tous les stades ont été inoculés. 24 seulement ont été suivis : en 2 ans, aucune récidive clinique et sérologique. Les récidives ne se sont guère montrées que sur les malades qui ont résisté à l'inoculation. Cette méthode est à réserver aux malades surveillés : elle est alors sans danger. L. CHATELLIER.

Un cas de dystrophia ungium mediana canaliformis de Heller (Ein Fall von Dystrophia ungium mediana canaliformis de Heller), par V. WUCHERPFENNIG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIV, fasc. 2, p. 96, août 1928.

W. rapporte une nouvelle observation de la lésion unguéale décrite récemment par Heller, et dont la dénomination est une véritable description. La lésion atteignait, dans le cas actuel, les deux pouces : rigole de 4-5 millimètres, parcourant tout l'ongle dans sa longueur et formée par la desquamation lamelleuse de l'ongle. Peu de signes subjectifs. Guérison par la radiothérapie. L. CHATELLIER.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Le traitement spécifique et non spécifique de la syphilis précoce (Die spezifisch-unspezifische Therapie der frühen Syphilis), par E. FINGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, nos 22 et 23, pp. 771 et 808, mai et juin 1928.

La malariathérapie a été appliquée par Kyrle au traitement des syphilis fraîches, résistantes ou non, avec les précautions habituelles. Le malade reçoit d'abord 3 grammes de néosalvarsan, puis il est inoculé (6-10 accès). La fièvre est jugulée par la quinine-uréthane (tous les 2 jours, 2 injections intraveineuses de 5 centimètres cubes d'une solution de chlorure de quinine (10 gr.) et d'uréthane (5 gr.) dans 100 centimètres cubes d'eau, à 8 heures d'intervalle ; répétées 3 fois ; dans l'intervalle 0 gr 30-0 gr. 45 néosalvarsan, continué jusqu'à concurrence de 3 grammes au moins, par injection tous les 5 jours). Voici les résultats de cette méthode :

Syphilis de 1 à 2 ans : 240 malades dont 232 R. W. sang + avant ; 230 restés —, 2 non modifiés.

Syphilis de plus de 2 ans : 127 malades, dont 118 R. W. + avant ; 72 restés — ; améliorés : 32 ; non modifiés : 14.

Sur les 240. 54 liquides + avant ; 54 liquides — après.

Sur les 127, 79 liquides + avant ; 44 restés — ; 34 améliorés ; 1 non modifié.

L. Chatellier.

Sur la mésoaortite syphilitique (symptomatologie, traitement spécifique et malariathérapie) [Ueber Mesoaortitis luetica (Symptomatologie, spezifische Therapie, Malariabehandlung)], par N. Jagié. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 24, p 845, juin 1928.

Après avoir rappelé les symptômes de la mésoaortite (aortite pure, aortite valvulaire, aortite associée à la coronarite), J. insiste sur la nécessité du traitement (As et KI) qui doit être toujours long, progressif et prudent. La malariathérapie est possible chez l'aortique sans défaillance cardiaque et sans sclérose artérielle généralisée, et à condition de le surveiller étroitement.

Résultats : dans la grande majorité des cas, action nulle ; parfois amélioration des signes subjectifs, et, plus rarement, aggravation.

L. Chatellier.

Sur la malariathérapie de la syphilis (résultats éloignés) [Zur Malariabehandlung der Syphilis (Dauerbeobachtungen)], par V. Mucha et F. Mras. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 24, p. 847, juin 1928.

Malariathérapie associée à différents traitements spécifiques (As, Bi, seuls ou combinés), 310 syphilis à des stades variables ont été ainsi traitées, mais 103 seulement ont pu être maintenues en observation de 1 à 3 ans. 45 malades sont restés, de 6 à 28, sans récidive clinique ou sérologique. 14 autres ont présenté des récidives ; 4 ont eu une récidive sérologique ; 7 malades à R. W. + n'ont pas été influencés ; 3 ont été faiblement améliorés et 10 moyennement améliorés. Sur les 17 malades restants, modifications rapides des signes cliniques et de la R. W. sanguine, mais altérations liquidiennes persistantes ou peu modifiées (diminution de la cytose). Dans l'ensemble, 29 liquides + : 12 sont devenus et restés négatifs après la cure ; 17 ont montré une atténuation progressive des signes liquidiens. Donc action particulière de la malaria sur les altérations liquidiennes, dont les

récidives sont rares, même quand il y a récidives cliniques ou sanguines. L'association de la malaria et du Bi insoluble est particulièrement heureuse. L. CHATELLIER.

Sur l'exanthème initial de l'infection tuberculeuse de l'enfant (Ueber das Erstexanthem der kindlischen Tuberkulose-Infektion), par K. KUNDRATITZ. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 26, p. 921, juin 1928.

L'inoculation de la tuberculose à l'enfant passe très souvent inaperçue. Il n'est cependant pas rare de constater de la fièvre, dite d'inoculation. Il faut savoir aussi que cette période est marquée par des exanthèmes, bien décrits par A. Uffenheimer : exanthème le plus souvent morbilliforme, parfois associé à l'érythème noueux, dont l'étiologie tuberculeuse est, pour K., certaine. L. CHATELLIER.

Examen critique de la malariathérapie de la syphilis (Kritisches zur Malariabehandlung der Syphilis), par F. BERING. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 28, p. 977, juillet 1928.

Sans examen du liquide, pas de traitement possible de la syphilis. La ponction sous-occipitale est sans danger. On doit ponctionner les malades à la fin du traitement ou dans les périodes de latence. Il ne faut pas se contenter de la seule réaction Wassermann du sang, même longtemps négative. La malariathérapie (de préférence, inoculation sous-cutanée) demande un examen attentif et une surveillance étroite du malade (cœur surtout). Elle permet de faire disparaître des lésions liquidiennes ayant résisté à des traitement médicamenteux énergiques. Les améliorations sont parfois tardives. Les récidives cutanées ou sérologiques sanguines ne sont pas rares, mais le liquide reste sain. B. affirme, avec Wagner-Jauregg, que les cas traités précocement par la malaria ne présentent pas de paralysie générale.

L. CHATELLIER.

Sur la possibilité de la transmission de la syphilis par les paralytiques géneraux et les tabétiques (Ueber die Möglichkeit von Syphilisübertragung durch Paralytiker und Tabiker) par F. JAHNEL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 28, p. 990 juillet 1928.

Etude critique intéressante qui conclut que paralytiques généraux et tabétiques sont capables de transmettre la syphilis. Mais cette éventualité n'est pratiquement pas à considérer, exception faite pour les rares cas de transmission fœtale. L. CHATELLIER.

Sur le problème du traitement de la paralysie générale par la malaria (Zur Problem der malariabehandelten Paralyse). par A. JAKOB *Wiener Klinische Wochenschrift*, 41e année, n° 28, p. 994, juillet 1928, 5 fig. dans le texte.

Observation clinique d'un paralytique général qui, traité par la malaria, présenta, après deux années de rémission, une récidive sous forme d'une méningo encéphalite syphilitique aiguë mortelle. L'examen histologique de l'écorce, du bulbe et de la moelle montre : 1° des lésions dégénératives propres à la paralysie générale, mais partielles ;

2° des lésions méningées et vasculaires (endartérite, infiltration granulomateuse non organisée) du cerveau et de la moelle, témoignant d'un processus aigu et récent. Cette transformation anatomo-clinique est incontestablement due à la malariathérapie. L. CHATELLIER.

Bruxelles Médical.

Sur quelques variétés de méningite syphilitique, par R. SOREL (Toulouse). *Bruxelles Médical*, 8e année, n° 42, 19 août 1928, p. 1369.

Deux observations intéressantes recueillies dans le service du professeur Audry. Méningo-parenchymites syphilitiques, l'une de la région protubérantielle supérieure, l'autre du carrefour infundibulo hypophysaire. A propos de ces observations S. insiste sur cette notion de méningite syphilitique, fait initial ; l'atteinte du tissu noble lui est consécutive Tandis que la première est nettement modifiée par le traitement spécifique, la seconde demeure souvent identique à elle-même et cette parenchymite définitive entretient la méningite. Il y a une double répercussion de la méningite sur le parenchyme à la phase initiale, plus tard de la parenchymite sur les méninges.

H. RABEAU.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude clinique et bactériologique des processus gangreneux génitaux (Contribución al estudio clinico y bactériológico de los procesos gangrenosos genitales), par J. BEJARANO et M. HOMBRIA. *Actas dermo-sifiliograficas*, año XX, junio-julio 1928, n° 5, p. 429, 9 p., 2 fig.

L'observation qui a servi de point de départ à ce travail est relative à une gangrène du scrotum, apparue au cours d'une affection pulmonaire ayant présenté les symptômes et l'évolution d'une pneumonie classique. Des injections de sérum antigangréneux polyvalent ont été suivies d'une chute rapide de la masse sphacélée, mettant à nu un tissu de granulations. La guérison a pu être obtenue en 15 jours.

L'examen microscopique de l'exsudat a mis en évidence des diplocoques lancéolés à Gram positif, entourés d'une capsule claire, un grand nombre de bacilles à Gram négatif de longueur variable, des cocco-bacilles et quelques formes filamenteuses.

Les ensemencements n'ont pas permis d'isoler les diplocoques lancéolés, mais seulement un protéus et un bacille sporogène à Gram positif, strictement anaérobie.

Ces deux germes ont été agglutinés par le sérum du malade, le protéus au taux de 1 p. 250 et le bacille sporogène au taux de 1 0/0.

Inoculés à des cobayes, ils ont donné lieu à des réactions inflammatoires banales lorsque un seul d'entre eux était injecté, tandis que leur association a toujours eu pour conséquence l'apparition d'une plaque de sphacèle.

L'efficacité indiscutable d'un sérum gangréneux polyvalent (anti-

vibrion, *perfrigens, œdematiens, histoliticus*) paraît assez singulière, étant donné qu'aucun de ces germes n'a été isolé chez le malade. Son action antiinfectieuse semble n'avoir rien de spécifique. B. et H. se demandent si le même résultat n'aurait pas été obtenu avec du sérum normal de cheval.

Quoi qu'il en soit, l'étude de ce cas de gangrène génitale montre l'intérêt qu'il y aurait à soumettre à une scrupuleuse vérification bactériologique un grand nombre de processus vénériens et cutanés, dans lesquels les données étiologiques sont contradictoires et peut être souvent erronées. J. Margarot.

Note préliminaire sur l'exploration vagosympathique en dermato-vénéréologie (Nota previa acerca de la exploración vagosimpática en dermatovenereologia), par Ramon Gonzales Medina. *Actas dermo-sifiliograficas*, año XX, junio-julio 1928, nº 5, p. 430.

Après un aperçu rapide des notions fondamentales relatives au système vago-sympathique, à son rôle dans le fonctionnement de la peau et aux techniques de son exploration, R. G. M. donne le résultat de ses premières recherches.

Dans la plupart des cas observés la compression oculaire n'a fait varier que rarement la fréquence du pouls. Chez une femme atteinte de sclérodermie les épreuves ont montré une hyperexcitabilité du sympathique. Un peladique a présenté de la vagotonie. Des malades à Wassermann résistant ont offert une légère hyperexcitabilité du vague. Dans les autres observations aucun syndrome net d'excitation n'a été noté. J. Margarot.

Traitement des eczémas et autres dermatoses par des injections intraveineuses de solutions bromurées (Tratamiento de los eczémas y otras dermatosis por las intravenosas de soluciones bromuradas), par Eduardo Ledo. *Actas dermo-sifiliograficas* (Madrid), año XX, junio-julio 1928, nº 5, p. 463, 13 p.

L'étude de 20 cas, choisis sur un total de 34 malades traités suivant la méthode de Lebedjew, met en évidence des faits intéressants.

Dans les *eczémas aigus* le prurit et l'exsudation cessent dès les premières injections ; l'évolution de la maladie est raccourcie.

Le traitement des *eczémas chroniques* donne des résultats moins favorables, quoique excellents. Son action est plus lente, inconstante. On note quelques échecs.

Dans les *parakératoses psoriasiformes eczématisées* les injections de bromure atténuent ou font disparaître les démangeaisons.

Un malade atteint d'*urticaire* a guéri rapidement.

Leur efficacité dans le *psoriasis*, malgré des éléments favorables, doit être enregistrée avec des réserves. On peut cependant conclure qu'elles sensibilisent les lésions cutanées à l'action des traitements locaux.

Elles paraissent avoir constitué un adjuvant utile dans un cas de *névrodermite chronique circonscrite*.

Un bon résultat a été obtenu après sept injections chez un malade atteint de *lichen plan.*

E. L. utilise une solution à 10 o/o de bromure de sodium chimiquement pur dans du sérum physiologique à 9 o/oo Les injections sont faites tous les deux jours à des doses croissantes de 0 gr. 25 à 1 gramme de bromure. La tolérance est parfaite. On note en général une petite élévation thermique. La diurèse est légèrement accrue.

Dans la plupart des cas deux injections ont suffi, mais il est préférable de ne pas s'en tenir là. Dans les affections cutanées chroniques on peut en faire une dizaine.

Au total, le bromure de sodium en injections intraveineuses constitue pour la thérapeutique dermatologique un agent bien toléré et d'une efficacité prouvée. J. Margarot.

Un cas de mélanose de Riehl. (Un caso de melanosis de Riehl), par Jaime de Anduiza. *Actas dermo-sifiliograficas* (Madrid). año XX, junio-julio 1928, nº 5, p. 482. 9 p., 3 fig.

Le cas observé par J. de A. est le premier que l'on ait publié en Espagne.

Il ne paraît pas devoir être rapporté à une alimentation défectueuse. Doit-on incriminer une action chimique tenant à un contact permanent de la malade avec du charbon ? C'est la seule donnée étiologique qui puisse être mise en évidence, mais son rôle est loin d'être établi. Trop de personnes par leurs occupations sont en contact avec des substances auxquelles on a attribué la dermatose. D'autre part Lortat-Jacob et Gougerot ont observé des cas de mélanose de Riehl chez des sujets qui n'ont jamais manipulé les produits incriminés.

J. Margarot.

Revista Medica Gallega (Santiago de Galicia).

Lupus tuberculeux solitaire de la gencive supérieure (Lupus tuberculoso solitario de la encía superior), par E. Alvarez Sainz de Aja. *Revista Medica Gallega*, Santiago de Galicia, año VIII, nº 8, augusto 1928, p. 228.

Les lésions buccales consécutives à l'inoculation de la muqueuse par des crachats bacillifères, au cours de la phtisie pulmonaire ou laryngée, revêtent ordinairement la forme typique de l'ulcération tuberculeuse proprement dite, occupent la partie inférieure de la cavité buccale ou la langue et constituent un incident de la phase ultime de la maladie.

Un lupus isolé d'évolution lente, silencieuse, siégeant sur la gencive supérieure, chez une homme de 52 ans, porteur d'un foyer de tuberculose pulmonaire torpide, fournit à l'auteur un argument en faveur de cette notion que le lupus est un processus bacillaire atténué. Il classe les syndromes anatomo-cliniques dus aux bacilles de Koch en trois groupes qui comprennent par ordre de virulence :

1º Les tuberculoses proprement dites ou fortement positives (+ + +) ;

2° Les lupus tuberculeux (+ +) ;
3° Les tuberculides (+). J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (*Chicago*).

Les accidents locaux consécutifs aux injections intramusculaires de sels de métaux lourds (Local accidents following the intramuscular administration of salts of the heavy metals), par Gammel. *Archives of Dermatology and Syphilol.*, vol. 18, n° 2, août 1928, p. 210, 5 fig.

Parmi les accidents locaux consécutifs aux injections fessières de sels de métaux lourds (bismuth, mercure) le sphacèle par embolie artérielle est le plus grave. G. en décrit un cas particulièrement intéressant.

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui reçut une injection de 1 centimètre cube d'une suspension huileuse à 10 o/o de tartrate double de Bi et de K. L'injection fut pratiquée par un étudiant dans la partie inféro-interne de la fesse droite. Elle fut suivie immédiatement d'une douleur violente dans la fesse, dans la partie droite des organes génito-externes, de la vessie et dans le membre inférieur droit. Une heure après on constatait à la fesse un placard anémique et froid de 6 à 7 centimètres de diamètre, entouré d'une zone hyperhémiée. Dès le lendemain la température atteignait 40°. Le placard, devenu cyanotique, se couvrit de vésicules séro-sanguinolentes et évolua vers l'escharification totale.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est qu'il existait simultanément une eschare de la paroi droite du vagin et des infiltrations sanguines du rectum et de la vessie rendant les mictions et la défécation fort pénibles. Les urines contenaient du sang. On constatait de plus au membre inférieur droit une paralysie des extenseurs

Après ablations chirurgicale du placard gangréneux de la fesse, la cicatrisation fut obtenue en 2 mois. A cette époque la paralysie du sciatique poplité externe était encore totale. La flexion du pied et l'extension des orteils ne furent possibles qu'après un an.

L'examen histo-chimique de fragments prélevés sur l'eschare fessière dès le 5e jour, montra l'obstruction des artérioles par une substance cristalline brun foncé donnant les réactions du bismuth.

Il est probable que dans ce cas l'injection fut poussée dans l'artère ischiatique droite ou l'une de ses branches qui s'anastomosent avec l'artère honteuse interne dont les branches (périnéale superficielle, hémorroïdale inférieure) se rendent au vagin et au rectum et qui s'anastomose elle-même avec les artères vésicales. C'est par l'artère du grand sciatique que le bismuth a dû atteindre le sciatique poplite externe.

Pour éviter des accidents de ce genre G. conseille : de pratiquer les injections dans la partie supéro externe de la fesse, de n'employer *que des aiguilles de gros calibre*, de faire l'injection en deux temps et de s'assurer par aspiration qu'il ne vient pas de sang par l'aiguille.

S. Fernet.

Les lésions des muqueuses dans l'épidermolyse bulleuse (Lesions of the mucous membranes in epidermolysis bullosa), par TOBIAS. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. 18, nº 2, août 1928, p. 224, 2 fig.

L'auteur décrit un cas d'épidermolyse bulleuse s'accompagnant de bulles de la langue et des gencives.

A l'occasion de cette observation, il cite un court aperçu bibliographique dans lequel, sur 37 cas d'épidermolyse bulleuse, des érosions de la bouche sont signalés dans 27, des lésions du pharynx dans 3 cas, de l'œsophage dans 2, des yeux dans 2, de l'anus dans 2, de la verge dans 4. La fréquence relative des érosions buccales (langue, joues, palais, lèvres) s'explique aisément par les traumatismes et les irritations auxquelles la muqueuse de la bouche est constamment exposée.

S. FERNET.

Adénite inguinale mycosique consécutive à une épidermomycose du pied (Mycotic inguinal lymphadenitis associated with superficial fungus dermatitis of the feet), par Cleveland WHITE. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. 18, nº 3, août 1928, p. 271.

W. décrit un cas d'épidermomycose interdigitale du pied compliquée d'une adénopathie inguinale. L'examen direct et les cultures permirent d'identifier le *Trichophyton interdigitale* dans la lésion cutanée et dans la sérosité du ganglion inguinal, prélevée par ponction.

S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Fréquence des dermatoses communes chez les tuberculeux (Common dermatoses encountered among tuberculous and nontuberculous patients), par EICHENLAUB. *The Journ. of the American Medic. Assoc.*, vol. 91, nº 8, 25 août 1928, p. 545.

Il résulte d'une statistique établie par E. que la tuberculose cutanée est relativement rare chez les tuberculeux. Le lupus érythémateux n'a été observé qu'une fois sur 759 tuberculeux. Sur 45 cas de lupus érythémateux, 11 o/o seulement s'accompagnaient de tuberculose avérée. La fréquence des tuberculides est plus grande chez les tuberculeux (0,40 o/o) que chez les sujets sains (0,17 o/o). 50 o/o des sujets porteurs des tuberculides présentent une tuberculose viscérale, tandis qu'au cours des dermatoses en général, on trouve 28,81 o/o de tuberculose. La tuberculose est très rarement constatée au cours du psoriasis : sur 96 psoriasiques, 4 seulement étaient tuberculeux. La tuberculose n'est pas plus fréquente chez les syphilitiques que chez les sujets indemnes de syphilis.

D'après cette statistique et d'après la littérature, il semble prématuré, tout au moins en ce qui concerne certaines dermatoses, de les attribuer à la tuberculose du fait seul qu'elles évoluent quelquefois chez des tuberculeux. S. FERNET.

Dermatologia (Budapest).

Sur une nouvelle méthode de traitement du Lupus, par Pal Jobst. *Dermatologia*, vol. 1, fasc. VII, 1928.

L'auteur préconise dans le lupus le traitement par le salvarsan combiné avec la lampe de Kronmayer. Il apporte les observations de six malades qui ont été améliorés ou guéris avec une rapidité surprenante par cette méthode. Après une injection de néosalvarsan suivie d'une application de rayons ultra-violets, les foyers lupiques réagissent beaucoup plus fortement que la peau saine du même malade. La lampe de Kronmayer appliquée après une injection de salvarsan produit 3-5 heures après une vésiculation sur les lésions lupiques. On n'obtient avec la même dose et dans le même temps sans injection préalable qu'une simple hypérémie avec infiltration.

Olga Eliascheff.

Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e Venereologia (Bologne)

Tumeur papillomateuse développée sur un nævus linéaire hyperkératosique, par G. Truffi. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. V, juin 1928, 5 fig.

Habituellement, ce sont les nævi mous qui subissent les transformations néoplasiques et celles-ci sont presque toujours malignes. L'auteur rapporte une observation clinique et histologique qui montre que les éléments d'un nævus hyperkératosique, dont la structure ne diffère pas de celle d'un épiderme normal, peuvent aussi être le point de départ d'une néoplasie sûrement épithéliale et de caractère nettement bénin.

Il s'agit d'une paysanne de 22 ans, qui présentait, sur différents points de la surface cutanée, des productions verruqueuses et kyperkératosiques disséminées, mais plus systématisées au bord cubital de l'avant-bras droit et de la main droite où elles offraient l'aspect habituel du nævus linéaire hyperkératosique. Sur ce nævus étaient apparues des ulcérations qui devinrent végétantes et aboutirent à la formation de deux masses papillomateuses volumineuses, l'une à l'avant-bras, l'autre à la main, qui, depuis huit ans, se développaient lentement.

L'examen histologique révéla la structure classique du papillome avec épaississement considérable de la couche malpighienne, dont les éléments avaient perdu la tendance à la transformation cornée (parakératose). Dans la partie la plus centrale de la tumeur, on notait des processus nécrotiques et dégénératifs et une disposition irrégulière des bourgeons épithéliaux due à la prolifération épithéliale excessive, mais sans que l'aspect papillomateux fut altéré ; cette dégénérescence épithéliale, sur certains points, avait amené la formation de cavités kystiques.

Au sommet des papilles et le long de leurs bords, c'est-à-dire dans la partie la plus rapprochée de l'épithélium, il y avait une grande abondance de cellules chargées de gouttelettes graisseuses, et on constatait en outre la présence de semblables granulations de graisse dans les espaces intercellulaires épithéliaux et jusque dans les cellules de l'épithélium elles-mêmes.

L'auteur insiste sur ce fait, que les coupes en série ont permis de suivre le passage graduel depuis le réticulum malphigien du nævus jusqu'à celui de la tumeur constituée, et la preuve est donc bien établie qu'il s'agit bien d'une prolifération de l'épithélium nævique et non de végétations banales comme il peut s'en développer sur une ulcération quelconque, ou d'un botriomycome géant, ou d'un granulome végétant (tuberculose verruqueuse).

Ce fait est excessivement rare et on ne connaît que deux observations semblables, l'une de Legrain, l'autre de Jadassohn.

Enfin les cellules chargées de graisse, visibles à la limite de l'épithélium, semblent identiques aux *Schaumzellen* de Unna aux cellules *schiumose* de Pasini. Ce sont des cellules qui ont pour fonction d'apporter un supplément de matériaux nutritifs nécessité par le développement considérable des cellules épithéliales. Et, en effet, là où ces cellules sont par trop abondantes et où par suite l'apport nutritif est insuffisant, elles se nécrosent.

Cette constatation confirme l'opinion de Pautrier, que les cellules épithéliales peuvent élaborer directement les matériaux nutritifs sans avoir besoin de l'intermédiaire des voies lymphatiques interépithéliales. BELGODERE.

Sur un cas de xanthome papuleux juvénile, par MARIO ARTOM. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol III, fasc. V, juin 1928, p. 409, 4 figures. Bibliographie.

Après un chapitre d'historique clinique et pathogénique, relation d'un cas de xanthome papuleux chez un enfant de 9 ans, à la région inguinale gauche autour d'une cicatrice d'opération herniaire. Dans une première période cet enfant est soumis aux différentes épreuves de vérification des fonctions hépatiques et d'examen du sang, sans que rien de nettement anormal puisse être relevé. Les recherches histologiques pratiquées sur quelques papules confirment les descriptions antérieures.

L'enfant sort de l'hôpital, y revient au bout de quelque temps, présentant un érythème étendu à tout le tronc sans réaction fébrile, sans signe d'une infection quelconque. Cet érythème est suivi d'une desquamation pytiriasique, qui disparaît lentement, laissant persister de petites macules de coloration jaune nettement xanthomateuse, planes pour la plupart, mais quelques unes saillantes et l'on voit peu à peu ces éléments plans se transformer en éléments papuleux.

A cette deuxième période, l'examen des urines révèle une réaction de Mareschal et une réaction de Hay nettement positives.

A l'examen des fonctions hépatiques : *Fonction biliaire :* augmen-

tation nette de la bilirubine et de l'urobiline. *Fonction glycogénique :* normale. *Fonction antitoxique :* troublée ; retard de l'élimination du bleu. *Fonction protéopexique :* troublée (crise hémoclasique très nette). En résumé, troubles évidents des fonctions hépatiques en corrélation avec la poussée xanthomateuse.

Considérations pathogéniques : ce cas montre bien qu'il existe une relation entre la production du xanthome et les troubles hépatiques mais ces troubles peuvent être intermittents, ce qui explique les résultats contradictoires qui ont donné lieu à tant de discussions.

Une autre question très discutée est celle du mécanisme par lequel se produit l'hypercholestérinémie qui est la source des dépôts xanthomateux. Pour les uns la cholestérine a une origine exogène (alimentaire), pour d'autres une origine endogène (produit de désassimilation de certaines substances). En tout cas il est certain que le foie est le principal organe d'élimination de la cholestérine et cela suffit pour expliquer qu'un trouble de fonctionnement du foie amène l'hypercholestérinémie et par suite le xanthome.

La localisation juxta-cicatricielle a déjà été signalée : elle a servi d'argument aux partisans d'une pathogénie infectieuse du xanthome.

Dans les cas considérés, on a vu les éléments plans se transformer en éléments papuleux, ce qui montre bien l'unicité du xanthome à travers ses divers aspects morphologiques.

Le point le plus obscur de la pathogénie du xanthome c'est le mode de formation dans les tissus des dépôts de cholestérine en circulation dans le sang. Le professeur Artom émet l'hypothèse que la formation de ces dépôts serait due aux propriétés spéciales du système réticulo-endothélial interposé entre les organes, le sang et la lymphe et qui joue un rôle important dans le métabolisme de l'eau, de la cholestérine et des lipoïdes. Le xanthome devrait être classé comme une lésion intermédiaire entre les hyperplasies simples et les néoplasies du système réticulo-endothélial. BELGODERE.

Le purpura annulaire télangiectode est-il une tuberculide? par DOMENICO MAJOCCHI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. V, juin 1928, p. 433.

M. rappelle que c'est « l'illustre dermatologue Balzer » qui, en 1908 avec Galup, posa le premier cette question. La réponse est d'autant plus difficile que le concept de tuberculide n'est pas nettement défini, ni au point de vue pathogénique, ni au point de vue histologique, ni au point de vue clinico-morphologique.

En tout cas, si l'on peut rapprocher le purpura annulaire télangiectode des tuberculides, ce ne peut être que des tuberculides *érythémateuses et érythémato-atrophiantes.*

Au point de vue clinico-morphologique, les caractères communs sont les suivants :

1° A côté des hémorragies, il y a toujours des *télangiectasies*, donc hyperhémie, non seulement passive, mais active comme dans les tuberculides érythémateuses ;

2° Aspect annulaire, d'où analogie avec le lupus érythémateux annulaire centrifuge ;

3° Evolution atrophique des taches ;

4° Durée prolongée des éléments, alors que dans les diverses formes de purpura, si l'évolution se prolonge, ce n'est que par le fait de poussées successives ;

5° Dermographisme concomitant, révélant un état toxi-infectieux et c'est par une pathogénie toxi-infectieuse que certains expliquent l'apparition des tuberculides ;

6° Epreuve de la tuberculine souvent négative, mais parfois positive, tout comme on l'a constaté dans les tuberculides ;

7° Inoculations négatives : mêmes résultats dans les tuberculides ;

8° Antécédents héréditaires et personnels souvent positifs au point de vue de la tuberculose.

Parallèle anatomo-pathologique — Les caractères communs sont :

1° Périvascularite ; 2° pigmentation des cellules malpighiennes ; 3° ectasie des capillaires chorio-papillaires ; 4° endartérite oblitérante ; 5° ectasie des petits vaisseaux artério-veineux au niveau des anneaux purpuriques ; 6° ectasie du système lympho-plasmatique ; 7° altérations dégénératives des vaisseaux, des fibres musculaires lisses et des lobules adipeux.

L'endartérite oblitérante surtout, d'après M. a une signification toute particulière, car on la rencontre dans presque tous les processus tuberculeux notamment dans le lupus vulgaire.

Donc, si l'opinion de M. est que le purpura annulaire télangiectode peut être causé par une toxi infection *indéterminée*, ce qui réserve la possibilité d'une origine syphilitique dans certains cas néanmoins, l'origine tuberculeuse lui paraît la plus fréquente et il est d'accord avec Balzer, qui, en 1926, à la Réunion dermatologique de Strasbourg, attira l'attention sur l'importance des *formes filtrantes* du virus tuberculeux (Calmette) et sur la possibilité de décharges bacillaires provenant de foyers tuberculeux occultes.

En Italie, des recherches sur ce sujet, faites par le professeur Casagrandi, l'ont amené à la conception d'un *ultra-virus tuberculeux*.

Qu'il s'agisse d'un virus filtrant ou d'un ultra-virus, ces agents pathogènes, pénétrant dans la circulation, provoqueraient des processus néoformatifs (*endartérite oblitérante*) spécialement sur les petits vaisseaux et, ultérieurement des phénomènes dégénératifs (*ectasies, hémorragies*). Tel serait le mécanisme pathogénique du purpura annulaire télangiectode. BELGODERE.

Tuberculose verruqueuse à siège insolite, par LUIGI ZAGNI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. V, juin 1928, p. 449, 4 figures.

Observation d'un cas de tuberculose verruqueuse chez un menuisier de 19 ans, à la paroi antérieure de l'aisselle droite. Réaction de von Pirquet positive. La lésion, rénoforme à concavité externe, avait environ 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large avec l'aspect classique.

Ablation chirurgicale. Inoculations positives. Examen histologique : épaississement hyperplastique de l'épiderme ; acanthose. Prolifération granulomateuse du derme où sont visibles des tubercules typiques et aussi un infiltrat diffus qui rend manifeste l'origine tuberculeuse par la présence de cellules épithélioïdes et aussi de cellules géantes dans la forme typique de Langhans. On rencontrait aussi de petits foyers suppuratifs. L'auteur passe en revue les diverses opinions qui ont été émises sur cette affection, notamment au point de vue pathogénique

BELGODERE.

Recherches sérologiques sur des malades atteints de chancre mou, par EUGENIO PISANI. *Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, vol. III, fasc. V, juin 1928, p. 462.

L'auteur rappelle les résultats bien connus des recherches de Teissier, Reilly et Rivalier, sur la sérologie du chancre mou au moyen de leur *streptobacilline*. Mais ces résultats se trouvent en contradiction avec ceux de divers autres expérimentateurs.

P. s'est livré à des recherches de contrôle pour mettre en évidence dans le sang de sujets atteints de chancre mou la présence des précipitines, agglutinines et anticorps.

Il a obtenu des résultats qui confirment tout à fait ceux des auteurs français susnommés :

1° Dans le sérum des sujets atteints de chancre mou, on rencontre des anticorps agglutinants et précipitants en quantité faible ;

2° Les anticorps déviant le complément ne peuvent être décelés que dans le sérum des sujets dont la lésion date de plus de six jours et s'accompagne de complications ;

3° Dans les six premiers jours de l'infection, les réactions sont constamment négatives.

Fait particulier : chez un des malades observés, dont le chancre était phagédénique, toutes les réactions étaient négatives.

BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Favus par Achorion gypseum, par EDOARDO BALBI *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 7, juillet 1928, p. 379, 4 figures. Bibliographie.

Description d'un cas de favus érythémato-squameux, avec présence de godets, siégeant sur la peau glabre, à la région massétérienne gauche chez une fillette de onze ans. Etude des caractères culturaux et mycologiques du parasite (dont les détails ne peuvent se résumer), qui permettent d'identifier l'*Achorion gypseum*. Ces caractères sont sensiblement ceux qui ont été décrits par Bodin, Sabouraud, Truffi.

Ils ont de grandes analogies avec ceux de certains miscrosporons animaux : même comportement de l'appareil végétatif, même mécanisme de production, de forme et de dimension des clamydospores, présence de conidies en fuseaux, même mode de fructification acladium. Les cultures de cet *Achorion gypseum* ont également de grandes analogies avec celles du *Trichophyton gypseum*.

Inoculé à la crête d'un coq, le champignon de l'*Achorion gypseum* a déterminé une notable hypertrophie de l'organe, due principalement à une augmentation d'épaisseur du tissu élastique de la crête, qui doit être attribuée à une irritation proliférative exercée par les masses fongueuses, qui ne se rencontrent qu'à la surface. Cette hypertrophie de la crête n'est pas une réaction spéciale à l'*Achorion gypseum* elle a été observée avec d'autres variétés d'Achorion.

Le champignon a une origine animale ; il respecte habituellement les poils et n'envahit que la peau glabre en provoquant des lésions d'aspect trichophytique dans la plupart des cas. Lorsque, exceptionnellement, il envahit le poil, il s'y dispose de la même manière qu'un *Trichophyton ectothrix*.

On ne peut s'empêcher de remarquer les propriétés biologiques atypiques et contradictoires de ce parasite. Par l'aspect mycologique et clinique, il offre de grandes analogies avec les Trichophytons, mais, par la propriété de former des godets, il doit être classé parmi les Achorions, car c'est là pour Sabouraud un caractère différentiel de valeur absolue.

Mais en réalité, les progrès des recherches mycologiques semblent bien démontrer qu'il existe entre les diverses espèces de champignons de nombreuses interférences. Bodin a décrit des Trichophytons à culture faviforme. Les rapports d'ordre allergique et thérapeutique obtenus avec la trichophytine s'observent avec des champignons de variétés très différentes. BELGODERE.

Comportement de quelques composés lipoïdes du sang dans l'infection syphilitique, par GIUSEPPE SANNICANDRO. *Il Dermosifiligrafo,* 3e année, no 7, juillet 1928, p. 395.

On attache de plus en plus d'importance à la lipoïdémie tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. Mais ce qui rend difficile toute déduction biologique c'est que l'on n'a pas encore de définition bien précise des lipoïdes. Provisoirement, on désigne sous ce nom des substances qui contiennent dans leur molécule des acides gras fixes et de la cholestérine et qui présentent les propriétés physiques des graisses. Ces corps ont été classés par Bang en cinq groupes, dont l'un, celui des lipoïdes ternaires de la série aromatique, comprend entre autres la *cholestérine*.

Constituant un des éléments primaires de la cellule, les lipoïdes semblent bien jouer un rôle considérable et représenter un facteur important de la manière d'être particulière de chaque tissu. L'hétérogénéité du groupe des lipoïdes permet de présumer qu'ils ont des fonctions multiples, mais notamment, leur présence dans la membrane cellulaire permet d'affirmer *qu'ils ont une part importante dans l'action des sels sur les tissus et sur la perméabilité cellulaire.*

Par exemple, la perméabilité de la cellule pour les narcotiques semble être fonction de la solubilité de ces agents dans les lipoïdes de la membrane cellulaire.

Pour ce qui concerne la syphilis, plusieurs auteurs ont déjà recher-

ché le comportement de la cholestérine du sang au cours des diverses étapes de l'infection, avec des résultats contradictoires. Cependant, il n'est pas douteux que les lipoïdes jouent un rôle important dans la réaction de Wassermann, puisque la fixation du complément peut être obtenue avec des lipoïdes purs et même avec des sérums non syphilitiques, par exemple dans le coma diabétique. Il ne semble pas cependant que leur rôle dans ce cas soit dû à leur composition chimique, mais à leur état physique, notamment leur tension superficielle. Sachs et Rondoni ont montré par exemple que, suivant que l'on ajoute la solution physiologique brusquement ou lentement à la solution alcoolique d'antigène, le pouvoir fixateur est plus ou moins intense.

L'auteur a recherché chez 14 syphilitiques les modifications qualitatives des lipoïdes par des dosages de la cholestérine, des acides gras et des phosphatides. Il a abouti aux conclusions suivantes :

1° Le *taux de la cholestérine* est normal dans l'infection primaire, légèrement abaissé dans la syphilis récente, augmenté dans les cas anciens ; le traitement spécifique ne semble pas l'influencer de manière évidente ;

2° Les *acides gras* ne subissent pas de modifications appréciables soit dans la syphilis non traitée, soit sous l'influence du traitement ;

3° Les *phosphatides*, se maintiennent en quantité normale dans la syphilis au début ; ils semblent augmenter dans la syphilis récente ou tardive non traitée ; ils ne subissent pas de modifications importantes sous l'influence du traitement ;

4° Il ne semble pas qu'il existe un rapport quelconque entre les oscillations quantitatives des lipoïdes sus-indiqués et les modifications humorales (réaction B.-W.). BELGODERE.

Sur la présence des cristaux de Charcot-Leyden dans les exsudats cutanés, par ARTOM. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, n° 7, juillet 1928, p. 407.

On désigne sous ce nom de petits cristaux octaédriques qui ont été découverts en 1853 par Charcot dans les tissus des leucémiques, en 1871 par Leyden dans les exsudats des asthmatiques, Depuis, on les a constatés dans beaucoup d'autres maladies (ankylostomiase, helminthiase, cancer, pleurésie, amibiase, etc.), enfin dans les exsudats cutanés. Leur nature chimique est discutée : on les considère en général comme des cristaux de tyrosine On les observe au microscope, après avoir absorbé avec une pipette le liquide d'une bulle qu'on laisse coaguler ; c'est la partie fibrineuse qui est étalée sur la lame porte-objet.

A. a recherché ces cristaux dans les diverses dermatoses et il a constaté qu'il n'y avait aucun rapport entre le type de l'affection dermatologique et la présence ou l'absence de cristaux. Mais par contre, il a constaté que la présence des cristaux coïncidait toujours avec une éosinophilie soit locale, soit générale, et que, dans l'évolution d'une dermatose donnée, il y avait parallélisme des deux phénomènes.

On peut donc affirmer que les cristaux de Charcot-Leyden sont sous la dépendance de l'éosinophilie.

On discute beaucoup sur l'origine et l'action des éosinophiles ; pour les uns, ce sont de simples produits de transformation des autres leucocytes pendant la coagulation du sang ; pour d'autres, ce sont des produits de la réaction de défense de l'organisme contre les substances toxiques, le véhicule de l'immunité histioïde.

A. pense que les deux problèmes sont liés : nature et signification des éosinophiles, nature et signification des cristaux de Charcot-Leyden ; l'action de ces deux éléments est interdépendante.

BELGODERE.

Sur les réactions de Wassermann et de Meinicke dans le sérum du sang et dans le liquide de vésicatoire des luétiques, par BIZZOZZERO et VERCILLINO. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 8, août 1928, p. 427.

C'est une question très importante et très discutée que celle de la possibilité, chez les syphilitiques, de la *production locale de réagines*, au niveau des lésions et, par suite, de la valeur des réactions obtenues dans les exsudats et transsudats.

Les auteurs passent en revue les différentes recherches antérieures sur ce sujet, puis font l'exposé de leurs recherches personnelles.

Elles ont abouti aux résultats suivants :

1° Le sérum du sang des luétiques donne, dans une proportion très élevée, une réaction de Bordet-Wassermann et de Meinicke plus intense que celle du liquide de vésicatoire. Dans les autres cas, presque toujours, les réactions sont d'égale intensité dans les deux liquides : exceptionnellement, elles sont plus intenses dans le liquide de vésicatoire que dans le sérum du sang.

2° Le pourcentage des cas correspondant à ces trois catégories de résultats est à peu près égal dans les manifestations cutanées, dans la syphilis latente et dans la paralysie générale progressive, ce qui permet de conclure que, dans la peau, même lorsqu'elle est le siège de manifestations luétiques, on ne constate pas une production spéciale de réagine, et que, par conséquent, la réaction positive avec le liquide de vésicatoire est due surtout aux réagines provenant du sang.

3° L'exsudat nettement inflammatoire a un pouvoir de déviation et de floculation inférieur à celui du liquide de vésicatoire.

4° Le pouvoir de déviation et de floculation du liquide de vésicatoire varie selon la région où la bulle a été produite : ainsi, dans le liquide recueilli dans une bulle siégeant à la région scapulaire, les deux réactions de Wassermann et de Meinicke sont, dans une proportion de cas très appréciable, plus intenses que celles obtenues à la région de la jambe.

5° Sur le pouvoir de déviation du complément, exerce une influence la présence dans l'exsudat de leucocytes polymorphes, due à la pénétration des staphylocoques, qui s'observe constamment dans les jours qui suivent l'apparition de la bulle.

De ces résultats, il est permis de déduire que les réagines contenues dans les divers exsudats et transsudats (pleurésies, péritonites, arthrites, hydrocèle) en proportion variable d'un cas à l'autre, dépendent, au moins en partie, de la nature du processus qui les a provoqués de la région où s'est développé ce processus, et de la présence dans l'exsudat de leucocytes polymorphes d'origine pyogène.

Belgodere.

L'érythrocyanose supra malléolaire, par Gina Nardi. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 8, août 1928, p. 441. Bibliographie.

Dans un article qui a le mérite peu commun d'être à la fois clair, bref et complet, N. expose l'état actuel de nos connaissances sur cette dermatose, pourvue seulement depuis peu d'un état civil nosologique. Comme il le fait justement remarquer, cette discrimination clinique est due surtout aux travaux des auteurs français. Pour cette raison nous ne ferons qu'une analyse sommaire d'un travail qui n'est lui-même que l'analyse des travaux français.

N. rappelle les cinq signes cliniques : 1° coloration érythémato-cyanotique ; 2° infiltration diffuse, tuméfaction ferme des tissus ; 3° kératose pilaire ; 4° absence d'induration nodulaires comme on en voit dans l'érythème induré de Bazin ; 5° abaissement de la température locale.

Au point de vue histologique : lésions vasculaires constantes (dilatation, turgescence de l'endothélium, prolifération des cellules périthéliales, etc...) et, d'après Milian, infiltrations lymphocytaires, avec cellules géantes, formant de petites tubercules.

Pathogénie discutée : théorie infectieuse (Milian), il s'agirait d'une tuberculide ; théorie neuro-endocrinienne (Juster) ; théorie éclectique (Pautrier, Darier) ; trouble neuro-endocrinien dû à l'action de la toxine tuberculeuse sur les glandes endocrines et le sympathique.

Et peut-être bien même que toutes les infections et notamment la syphilis peuvent déterminer le même processus.

Diagnostic différentiel à faire avec : érythème induré de Bazin, érythème noueux, kératose pilaire, érythème polymorphe.

Traitement : opothérapique (ovaire, thyroïde), physiothérapique (ultra-violet, rayons X, rayons infra-rouges, diathermie), chimiothérapie : médication vaso-motrice, adrénaline, marron d'Inde, ergotamine.

Ne pas oublier aussi que l'érythrocyanose supra-malléolaire a été appelée la *maladie des bas de soie*. Influence néfaste des jupes trop courtes, des bas trop minces, des chaussures trop découvertes.

Belgodere.

Le tubercule de Carabelli est-il une manifestation pathologique? par Siro Taviani. *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 8, août 1928, p. 454.

L'auteur donne à cette question une réponse négative. Il s'est livré à des études approfondies sur le développement embryologique des dents et de la mâchoire. Il a pu se rendre compte ainsi que les cuspides des molaires humaines sont formées par la réunion de plu-

sieurs cuspides primitives. Il reste des traces de cette fusion sous la forme de sillons qui persistent sur le plateau et aussi sur les parties latérales de la couronne dentaire. Ces sillons délimitent ainsi des tubercules plus ou moins développés, et le tubercule de Carabelli n'est autre qu'une de ces formations embryonnaires. Il n'a aucunement la signification d'un néomorphisme d'origine pathologique.

BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e sifilologia (Milan).

Epithélioma adénoïde kystique Berinde Brooke (adénome sébacé de Balzer), sa transformation en épithélioma cylindromateux ulcéré, par Agostino CROSTI. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, août 1928, p. 1133, 8 figures, 4 pages de bibliographie.

L'expression « adénomes sébacés », imposée par l'usage, s'applique à un groupe de dermatoses qui n'ont en réalité rien de commun avec les adénomes, c'est-à-dire avec des tumeurs dues à l'hyperplasie des glandes sébacées. Rappelons qu'on a décrit trois types principaux : 1° type Pringle ; 2° type Balzer-Ménétrier ; 3° type Hallopeau-Leredde-Darier, mais ce dernier a plus tard été reconnu comme une variété du Pringle.

Tandis que l'on compte à l'heure actuelle dans la littérature au moins 200 cas de type Pringle, les observations du type Balzer sont beaucoup plus rares, mais cela tient aussi à ce qu'il est confondu par beaucoup d'auteurs avec une autre variété qui en diffère fort peu et qui offre l'avantage d'une dénomination plus correcte, l'épithélioma adénoïde kystique de Brooke, appelé aussi tricho-épithélioma de Jarish, épithélioma multiple bénin de Fordyce et White, ou acanthome adénoïde kystique de Unna.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 60 ans, atteinte au visage de ces adénomes sébacés pouvant tout à fait être identifiés au type Balzer, avec cette particularité que l'une des tumeurs, au front, s'était ulcérée, offrant l'aspect d'un *ulcus rodens*. Il donne une description méticuleusement détaillée des caractères cliniques et histologiques et les discute longuement, faisant des rapprochements entre ce cas et ceux qui ont été précédemment publiés. Cette discussion très serrée ne saurait être résumée. Bornons-nous donc à rapporter les conclusions :

L'adénome sébacé de Balzer-Ménétrier est une formation nævique tout à fait différente de l'adénome sébacé de Pringle. Les caractéristiques différentielles cliniques de la forme de Balzer consistent spécialement dans certains caractères des petites tumeurs (vascularisation moindre, consistance plus ferme) dans l'implantation plus fréquente vers les parties élevées du visage, dans la concomitance fréquente de petites tumeurs au cuir chevelu, dans le caractère familial de la lésion, dans l'absence de désordres nerveux ou de manifestations næviques assimilables à un tableau plus ou moins fruste de maladie de Recklinghausen, dans la présence de néoformations tumorales

également disséminées sur le corps, qui sont uniquement de caractère épithéliomateux.

Les différences de structure entre l'adénome de Balzer et celui de Pringle sont fondamentales; elles peuvent se synthétiser dans la dénomination donnée par Pasini au premier adénome de « nævus épithéliomateux kystique bénin du visage » et au second de « nævus fibromateux angio-ectasique du visage ».

L'adénome sébacé de Balzer et l'épithélioma kystique bénin de Brooke doivent être considérés comme la même forme morbide, se manifestant, soit avec une symptomatologie multiple disséminée symétrique (type Balzer), soit avec des manifestations rares et isolées. En effet, la fréquente hérédité de ces lésions fait relever, parmi les membres de la même famille (c'était le cas dans l'observation rapportée par l'auteur) tantôt l'une tantôt l'autre symptomatologie, et les cas publiés sous les deux dénominations ont des caractères cliniques et anatomiques tout à fait semblables.

L'épithélioma adénoïde kystique peut s'ulcérer ; la tumeur ulcérée prend les caractères de l'*ulcus rodens*. Il ne semble pas que l'ulcération indique toujours une transformation de la petite tumeur vers un type épithéliomateux différent à développement plus rapide et à malignité manifeste, au moins localement ; cependant, il en était ainsi dans l'observation publiée. En effet, dans ce cas, un nodule du nævus de Brooke s'était transformé en épithélioma baso-cellulaire ulcéré, avec des caractères histologiques cylindromateux, par concomitance d'une dégénérescence hyaline très apparente, d'origine mixte, épithéliale et conjonctive.

On connaît déjà les rapports intimes de développement qui existent entre l'épithélioma adénoïde kystique et ces singulières formations tumorales que l'on désigne sous le nom de tumeurs multiples bénigne du cuir chevelu ou de cylindromes ; ces rapports confirment la nature épithéliale de ces formations, plutôt que leur nature endothéliale (endothéliomes de Spiegler). Ces cylindromes peuvent se développer en relation directe avec les foyers d'épithélioma adénoïde kystique et représenter une étape ultérieure de ce nævus (nævo-épithéliome cylindromateux). Dans le cas présenté cependant, la transformation de l'épithélioma adénoïde kystique n'a pas assumé les caractères de ces cylindromes vrais, qui ont une évolution différente et bien peu de tendance à l'ulcération, mais ceux d'un épithélioma cylindromateux à type d'*ulcus rodens*. BELGODERE.

Rinascenza Medica (Naples).

Bartholinite et grossesse, par SPIRITO, de Novare. *Rinascenza Medica*, 5e année, no 15, 1er août 1928.

En présence d'une bartholinite suppurée pendant le travail de l'accouchement, lorsqu'on pense être obligé d'intervenir pour compléter l'accouchement, l'intervention de choix est la césarienne, mais sans hystérectomie. Dans la bartholinite non suppurée, il est préfé-

rable de terminer l'accouchement régulièrement, surtout si l'on peut prévoir que cet accouchement aura lieu sans incidents. Lorsqu'on s'est aperçu de l'existence d'une bartholinite pendant la grossesse, à moins qu'il ne s'agisse des derniers jours, l'auteur pense que l'on doit intervenir tout de suite, et non par la seule ouverture de l'abcès, mais par l'ablation complète de la glande. Belgodere.

Acta dermatologica (Kyoto).

Leucokératose du gland et du prépuce (Leukokeratosis glandis et præputii penis), par A. Fukai. *Acta Dermatologica* (Kyoto), t. XI, fasc. 6, juin 1928, p. 505 (10 figures) (d'après l'auto-résumé en allemand).

6 observations personnelles, recueillies chez des hommes dont l'âge variait de 21 à 40 ans. Au microscope, hyperplasie de toutes les couches de l'épiderme. Dans 2 cas, l'acanthose était irrégulière et énorme et plongeait dans le derme des prolongements d'un caractère nettement cancéreux. Infiltration papillaire et sous-papillaire par des zones d'inflammation irrégulières, avec destruction du tissu élastique dans les points les plus violemment enflammés. Dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques avec manchons d'infiltration. Dans un cas, la lésion partie du méat était nettement cancéreuse. Dans les 2 cas cités plus haut, la transformation était imminente. Les processus hyperplasique et hypertrophique constituent l'élément fondamental de la lésion, mais des taches d'atrophie peuvent s'y associer ultérieurement. Après Perrin, on croit souvent à tort, que kraurosis et leucokératose sont des stades différents d'une même maladie. C'est une erreur, car le kraurosis vulvaire peut fort bien être tout à fait pur, c'est-à-dire privé de toute association leukokératosique.

Vaste bibliographie (161 indications). Ch. Audry.

Un cas d'adéno-carcinome du pénis (Ein Fall von adeno-carcinoma penis), par Okawa. *Acta Dermatologica* (Kyoto), juin 1928, t. XI, fasc. 6, p. 539 (7 figures) (d'après l'auto-résumé en allemand).

Tumeur très rare dont O. a recueilli une observation chez un homme de 52 ans, porteur d'une vieille uréthrite chronique non blennorrhagique. Depuis 4 mois, tumeur développée sur le raphé et grosse comme une noix, végétante, dure, non douloureuse, en partie recouverte de peau saine, indépendante de la peau et des corps caverneux. Une partie est ulcérée, bleuâtre, granuleuse, et fournit à la pression une sécrétion purulente qui contient des débris épithéliaux et des staphylocoques.

Au microscope, nombreux petits kystes et trajets identiques aux kystes qui se développent aux dépens des diverticules para-urétraux. Les cellules épithéliales de ces kystes végètent irrégulièrement, en alvéoles entourées de tissu conjonctif, de sorte qu'on observe tous les intermédiaires entre l'adénome et l'adéno-carcinome. Il s'agit sûrement d'un adéno-carcinome ayant son origine dans l'épithélium d'un trajet ou d'un kyste para-uréthral. Ch. Audry.

Monographiæ actorum dermatologicorum (Kyoto).

Sur le testicule, l'épididyme et le déférent dans la lèpre (Ueber Hoden, Netenhoden und Saurenstrang bei Leprosen), par W. Kobayashi. Monographie des *Acta Dermatologica*, mars 1928, n° 2, (18 figures) (d'après l'auto-résumé en allemand).

Cette étude porte sur les altérations anatomo-pathologiques et histologiques, et part de l'examen de 35 pièces provenant de 17 autopsies et d'une castration.

Sauf en cas de lèpre nerveuse, les lésions sont habituellement bilatérales : la coloration tourne au brun ; consistance plus ferme. Généralement, forme et dimensions restent normales pour le testicule ; toujours modifiées pour l'épididyme tuméfié et déformé. Rarement, atrophie. Habituellement, déférents non modifiés. Dans un cas, tuberculose associé. En cas de lèpre nerveuse, granulations disséminées et dégénération hyaline de l'épithélium des canalicules. Mêmes altérations plus prononcées en cas de lèpre tubéreuse. Quelques spermatozoïdes dans les canalicules. Innombrables bacilles lépreux disséminés dans le testicule et l'épididyme. Les bacilles manquaient dans le tuberculome. Lésions inflammatoires fréquentes des déférents, bien que ceux-ci paraissent macroscopiquement non modifiés.

Ch. Audry.

Recherches cliniques et étiologiques sur le « Safu », par Matsunaga. *Monographiæ actorum dermatologicorum*, n° 3, mai 1928.

Le « Safu » est une dermatose pigmentaire des extrémités supérieures et inférieures particulière aux habitants des Trukinseln (Südsee) et encore fort peu connue.

Les lésions sont symétriques ; elles apparaissent d'abord aux paumes des mains et aux plantes des pieds sous forme de taches ponctiformes dépigmentées. Ces taches augmentent en nombre et en étendue, deviennent confluentes et finissent par former des zones de dépigmentations festonnées, à contours géographiques. Ces taches achromiques sont limitées et entourées d'une zone plus ou moins étendue d'hyperpigmentation.

Les sujets atteints de Safu présentent quelquefois simultanément d'autres dermatoses qui paraissent devoir en être distinguées car la peau, dans le Safu, est normale en dehors de ses modifications pigmentaires.

L'hérédité de cette affection a été constatée dans 69 o/o des cas.

L'examen histologique fait constater, au niveau des taches blanches, l'absence du pigment mélanique dans l'épiderme et dans le derme ; au contraire, dans la marge hyperpigmentée, on trouve du pigment en abondance autour des vaisseaux du derme et de l'épiderme. Il y a, de plus, une infiltration lymphocytaire dans les couches papillaire et sous-papillaire.

L'étiologie du Safu est absolument inconnue. Aucun parasite ne peut être incriminé. L'analogie du Safu avec certaines achromies du

Pian, endémique dans les mêmes régions, a fait rechercher les relations possibles entre ces deux affections, mais elles n'ont pu être établies.

Il s'agit donc d'une affection voisine du vitiligo, localisée aux extrémités et particulière aux habitants des Trinkinseln.

S. Fernet.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Contribution à la question de la valeur, pour le diagnostic et le traitement par la trichophytine au cours des dermatomycoses, à la lumière des connaissances actuelles sur l'allergie et l'immunité, par M. Per et R. Braude *Acta Dermato-Venereologica*, vol. IX, fasc. 1, juin 1928.

La bibliographie très détaillée apportée dans ce travail et les observations personnelles sur la valeur de la trichophytine pour le diagnostic et la thérapeutique permettent aux auteurs de faire les conclusions suivantes :

Les connaissances actuelles sur l'allergie et l'immunité au cours des dermatomycoses permettent de considérer ces dernières comme une affection générale de l'organisme en dépendance d'une immunisation incomplète ou totale. Il existe dans certaines affections parasitaires et surtout dans la trichophytie profonde et la microsporie une allergie aussi bien qu'une immunité totale. L'état allergique de la peau se manifeste surtout vis-à-vis de l'introduction d'extraits spécifiques parasitaires : on obtient alors non seulement des réactions locales, mais aussi des réactions de foyers et générales (fièvre, malaise, vomissements). L'intensité de la réaction dépend du nombre des foyers, de leur profondeur ainsi que de la virulence du champignon utilisé pour les réactions cutanées.

On observe en outre dans la trichophytie et la microsporie à la suite d'injections de trichophytine des modifications de la formule sanguine : une leucocytose absolue, une polynucléose, une éosinophilie et dans deux cas des auteurs des formes pathologiques, les cellules de Turk.

L'allergie cutanée acquise, dure, d'après les observations des auteurs, assez longtemps : de 6 mois à 1 an. Les injections intradermiques sont, au point de vue du diagnostic et du traitement préférables aux autres méthodes (Pirquet, Ponndorf, Moro).

Les injections intradermiques d'aolan, de bouillon de Sabouraud, d'acide phénique, de vaccins staphylococciques donnent très peu de réactions, réactions non spécifiques.

La trichophytie superficielle du cuir chevelu donna 44 o/o, celle de la peau 16 o/o, la microsporie 20 o/o et le favus 32 o/o de réactions locales à la trichophytine, aucune réaction générale ni de foyers. 61 o/o de sujets atteints de tuberculose cutanée ont réagi faiblement à la trichophytine. Les auteurs attribuent ce pourcentage si élevé des réactions non spécifiques à la sensibilité cutanée particulièrement développée chez les tuberculeux et à la faculté augmentée de la peau de réagir à toute une série de substances toxiques et albuminoïdes.

Les extraits parasitaires ont une grande valeur non seulement pour le diagnostic dans les cas de trichophytie profonde, superficielle et dans la microsporie, mais ils agissent aussi dans un sens thérapeutique. Olga Eliascheff.

Est-il démontré que la syphilis paternelle ne peut se transmettre au fœtus? par Johan Almkvist. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. IX, f. 1, juin 1928.

Après un aperçu très documenté sur le mode de transmission de la syphilis des parents aux enfants A. apporte 5 observations personnelles dans lesquelles il n'a pas pu démontrer la syphilis des mères ayant des enfants syphilitiques (un cas suivi pendant 12 ans) et A. déclare qu'il est dans le domaine « des possibilités que la syphilis du père infecte le produit conceptionnel par le sperme et sans que la mère ait la syphilis ». Cette question doit, d'après l'auteur, être soumise à revision. Olga Eliascheff.

Venerologia i Dermatologia (Moscou).

Contribution à l'étude clinique et l'étiologie des granulomes annulaires, par A. Selissky. *Venerologia i Dermatologia*, avril 1928.

L'auteur décrit trois cas de granulome annulaire chez des femmes adultes atteintes de tuberculose et ayant une réaction de Pirquet positive. Les lésions papuleuses et bulleuses occupèrent la paume des mains et la face interne des doigts. L'histologie montra à côté d'une prolifération endothéliale une quantité considérable de vaisseaux complètement oblitérés. Ces lésions vasculaires parlent en faveur d'une relation du granulome annulaire avec la tuberculose.

Olga Eliascheff.

Sur la clinique et l'anatomie pathologique de l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn (atrophia cutis maculosa idiopathica). Une dégénérescence spéciale du tissu collagène, par E. Benjamowitsch et L. Maschkilleisson. *Venerologica i Dermatologia*, avril 1928.

Observation détaillée de deux cas d'anétodermie de Jadassohn avec examen histologique. Les conclusions sont les suivantes : l'anétodermie peut commencer cliniquement et histologiquement par un processus inflammatoire minime et dans ces cas la dénomination « érythémateuse » n'est pas justifiée. On trouve à côté d'une modification du tissu élastique une dégénérescence du collagène indépendante l'une de l'autre. Dans le stade terminal de la maladie le tissu conjonctif cicatriciel, lequel remplace le collagène basophile dégénéré, s'imbibe de l'élastine modifiée.

Dans un des cas décrit les auteurs constatèrent des foyers basophiles non homogènes, composés de fragments distincts ne prenant pas les colorations usuelles du tissu élastique. Olga Eliascheff.

Deux cas extraordinaires de favus du corps, par E. Damer. *Venerologia i Dermatologia*, avril 1928.

L'auteur décrit deux cas de favus disséminé sur le tronc et les

extrémités sans aucune lésion des ongles. Les champignons se trouvèrent exclusivement dans la couche cornée. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la question des favides et du leucoderme post-favique, par MELIK-BECK-SULTANOFF. *Venerologia i Dermatologia,* avril 1928.

On ne trouve dans la bibliographie médicale que la description de six cas de favides. L'auteur apporte l'observation de deux cas nouveaux avec lésions multiples, une disposition symétrique, à poussées successives et avec disparition rapide des lésions cutanées. Les parasites de favus se trouvèrent dans les squames.

Ils se formèrent chez un de ces malades à l'endroit des lésions des taches leucodermiques. L'examen histologique confirma le diagnostic de leucoderme. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'anatomo-pathologie du favus et des favides, par KALESNIKOFF. *Venerologia i Dermatologia,* avril 1928.

On rencontre dans les coupes du favus du corps les lésions histologiques suivantes : épaississement et émiettement partiel de la couche cornée, de la parakératose, un œdème, une infiltration leucocytaire, une spongiose et une atrophie partielle de la couche épineuse.

Dans la forme avec godets ces derniers se forment d'une partie nécrosée de la couche cornée œdémateuse et infiltrée. La nécrose descend de haut en bas, ainsi que les champignons. L'infiltrat forme des amas périfolliculaires et les vaisseaux sanguins contiennent des champignons. L'infiltrat dermique est composé presque exclusivement de lymphocytes et hystocytes. Le stade terminal est présenté par une atrophie de l'épiderme et une disparition presque complète du tissu élastique.

Dans les favides l'auteur trouva une parakératose limitée, un œdème et une infiltration de la couche cornée, de la spongiose du corps muqueux de Malpighi, et dans un cas un abcès folliculaire.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la question du granulome annulaire, par E. RUWINSKY. *Venerologia i Dermatologia,* mai 1928.

Observation d'un cas de granulome annulaire chez un homme de 22 ans atteint de tuberculose pulmonaire en activité. Disparition de toutes les lésions après une biopsie d'un élément. La biopsie montra une structure tuberculeuse typique. Ce cas parle en faveur de l'origine tuberculeuse du granulome annulaire. OLGA ELIASCHEFF.

Rousskaïa Klinika (Moscou).

Contribution à l'étude de la xanthomatose cutanée, par I. N OLESSOW et A. B. CELISSKY. *Rousskaïa Klinika,* t. X, n° 52, août 1928, pp. 203-215.

Le malade est un petit garçon d'un an et demi qui est atteint depuis l'âge de deux mois, d'une affection cutanée intéressante, localisée à la figure, au cuir chevelu, au cou, au dos, à la partie supérieure de la poitrine, à la partie inférieure de l'abdomen, aux plis inguinaux.

D'ailleurs tout le corps est le siège d'éléments disséminés, se présentant sous forme de papule allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un gros pois. La couleur des éléments varie du rose pâle-jaune au brun foncé, même au rouge sombre. Les limites de la papule sont nettes, arrondies, sans confluence. Le nombre des éléments augmente toujours. Pas de phénomènes subjectifs. Le diagnostic initial fut celui de lupus miliaire disséminé. L'examen histologique des pièces biopsiées a fait changer le diagnostic qui a été établi pour celui de xanthomatose cutanée. L'auteur constate que ce cas est intéressant au point de vue casuistique. Ayant cliniquement simulé au début le lupus miliaire, disséminé ce cas montrait histologiquement peu de cellules xanthomateuses, l'infiltration présentait une structure proche de la tuberculose. Les teintes brun foncé sont excessivement rares, surtout dans les formes juvéniles de la xanthomatose. Malgré la dissémination des éléments, leur volume et le bord rouge, habituellement témoignant d'un diabète, le cas de l'auteur n'avait aucune indication de diabète, ce qui est aussi une particularité rare et intéressante. En outre, il n'y avait aucune hypercholestérinémie. L'image histologique montre nettement qu'il ne s'agit pas de blastomes, mais de granulomes, développés à titre de réaction vis-à-vis du dépôt cholestériné (des vaisseaux). La présence d'une grande quantité de graisse neutre et d'une faible quantité de cholestérine constatée dans le cas montre que le xanthome peut principalement contenir non pas de la cholestérine mais une graisse neutre. BERMANN.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

D

H

L

TABLES ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES (1)

DU TOME NEUVIÈME — SIXIÈME SÉRIE

1928

Avertissement.

Nécrologie.

DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

A

(1) *Les chiffres en caractères gras indiquent les mémoires originaux.*

D

F

M

U

SYPHILIS

I. — GÉNÉRALITÉS

II. — ÉTUDE CLINIQUE

III. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

IV. — SYPHILIS NERVEUSE

V. — RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES

VI. — SÉRO-RÉACTIONS

VII. — TRAITEMENT DE LA SYPHILIS



Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.